ROK X. WARSZAWA, 1936, LUTY ZESZYT II.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Arthroso-Arthritis deformans

NAPISAŁA

DR. ELEONORA REICHER.

(Doc. Uniw. Warsz.).

Jest to przewlekłe, niegorączkowe, niezapalne cierpienie stawów, rozwijające się bardzo wolno, głównie na tle zużycia stawów u osób starszych, najczęściej między 50 — 60 rokiem życia, prowadzące w miarę swego rozwoju do zniekształcenia głównie dużych stawów przy zachowaniu ich ruchomości i dobrym stanie ogólnym. Podobne zmiany stawów mogą jednak występować i u osób młodszych z powodu nadmiernego, mechanicznego obarczenia stawów pracą fizyczną, wagą ciała, a także jako końcowy proces zapalnych cierpień stawowych i spraw stawowych, rozwijających się na tle zaburzeń przemiany materji oraz z przyczyn bliżej nieznanych.

Wytłomaczenie powstania arthritis deformans jest przyczyną licznych sporów. Główną przyczyną tego cierpienia mają być dwa czynniki: powolne fizjologiczne zużycie powierzchni stawowych w biegu życia, a także konstytucjonalna małowartościowość aparatu stawowego, uwidaczniająca się głównie w wieku podeszłym pod wpływem zużycia.

Teorji zużycia przeczą przypadki arthitis deformans, rozwijające się w wieku młodym, w tych przypadkach właśnie w grę wchodzić mogą czynniki konstytucjonalne (mała wartościowość aparatu stawowego).

Zniekształcające sprawy stawowe rozwijają się ponadto jako procesy końcowe różnych zakaźnych spraw stawowych, a także spraw stawowych na tle zaburzeń przemiany materji, np. dny, ochronozy, etc.

Jako ubocznie działające czynniki zdają się jeszcze odgrywać rolę działanie wilgoci i chłodu, a także czynniki dietetyczne, szczególnie dieta przeważająco mięsna. Jednak wszystkie te czynniki, choć czasami współdziałają przy powstaniu arthritis deformans, nie odgrywają głównej roli, która zależy od *konstytucjonalnego nastawienia, od czynności stawu, od miary jego obarczenia i zużycia, wyrażającego się przedewszystkiem zużyciem chrząstki.*

Przyczyną zużycia chrząstki może być przedewszystkiem obarczenie stawów dużą

wagą ciała, szczególniej wtedy, gdy materjał kostny i stawowy jest małowartościowy, jak to ma miejsce u osób wątłych z wiotkimi stawami i więzadłami, dla których szczególnie szkodliwe jest znaczniejsze powiększenie wagi, występujące tak często w okresie przekwitania. Zużycie chrząstki, występujące w tych wszystkich warunkach szczególniej, jeżeli się jeszcze przyciąga dla wytłomaczenia arthritis deformans czynnik wieku, łączy się ściśle ze znaczeniem urazów, jako czynnika przyczynowego tego cierpienia. Mówiąc o urazach należy ściśle odgraniczyć działanie jednorazowych gwałtownych urazów, złamań, na których tle z czasem w odnośnym stawie rozwinąć się może zniekształcające zapalenie stawów i o których tutaj mówić nie będę, od urazów małych, nieznacznych, często się powtarzających, a wywołanych najczęściej nieprawidłową czynnością mechanizmu stawowego, których następstwem są nieznaczne skręcenia stawów, lekkie nadwichnięcia, o których się zbiegiem czasu zapomina. Te małe właśnie urazy, uszkadzając mechanicznie chrząstkę, roztrzaskując ją do pewnego stopnia są przyczyną drobnych krwawień i następnego bujania kostnego, które w tych warunkach jest wynikiem złożonych czynników mechaniczno-urazowych. Właściwie zużycie jest w tych przypadkach *istotną przyczyną .arthritis d formans*. że drobne uszkodzenia mechaniczne mogą być przyczyną arthritis deformans, wykazują spostrzeżenia życia sportowego i doświadczenia pracowników, mających do czynienia z narzędziami, których mechanizm wywołuje drobne wstrząśnienia stale, choć nieznacznie, działające na poszczególne stawy. U graczy w tennisa np. spotyka się zmiany zniekształcające w szczególnie narażonym stawie łokciowym, u biegaczy na średnie dystanse w stawach kolanowych. Natomiast ciekawe jest, że żadnych zmian się nie stwierdza u wieloboistów, co świadczy także, jak szkodliwa jest i dla stawów specjalizacja sportowa. Wśród pracowników przemysłowych arthritis deformans występuje często u osób, pracujących stale z instrumentami przezwyciężającemi opór powietrza, w których siła działa szczególnie w kierunku stawu dłoniowego i łokciowego, dalej u stelmachów, którzy heblując drzewo mają ciężką pracę przy przezwyciężaniu oporu z powodu nierówności powierzchni heblowanego drzewa, u stolarzy natomiast podobnych zmian się nie spotyka, gdyż mają oni lżejszą pracę, heblując drzewo gładkie. Zniekształcające zmiany stawów są chorobą, którą spotyka się raczej, choć nie zawsze u ludzi, pracujących ciężko fizycznie np. tragarzy, drwali i t. d. Z tego też względu występuje ona prawdopodobnie częściej u mężczyzn, niż u kobiet, u których znowu przeważa w znacznym stopniu pierwotnie przewlekłe zapalenie stawów.

Liczne spostrzeżenia kliniczne świadczą więc, iż zbyt duże mechaniczne obciążenie prowadzi do zużycia materjału stawowego, że materjał ten pogarsza się nietylko przez zużycie chrząstki, ale i przez rozciągnięcie ścięgien, powięzi i wiązadeł. Oprócz tego nierównomierne obciążenie stawu z powodu zmienionego ustawienia stawu i odmiennej od warunków zwykłych statyki przyczynia się również do powstania zniekształcenia stawów. W ten sposób np. powstaje arthritis deformans przy stopach płaskich między kością piętową a calcaneus, w stawie podstawowym palucha, a także w stawach, sąsiadujących z miejscami źle zgojonych złamań, przy wadliwem obarczeniu stawów z powodu przymusowych pozycji, zajmowanych w czasie pracy, etc. Znaczenie samego wieku jako takiego, niezależnie od pracy ma mniejszą wagę. Raczej należy przypuszczać, że z wiekiem i z naturalnem pogarszaniem się materjału stawowego, stają się wyraźniejsze dawniej nabyte zmiany i dawne uszkodzenia wychodzą na wierzch, należą tu skutki dawniej nabytej choroby Perthesa, następstwa kolan i nóg koślawych, szpotawych, skrzywień kręgosłupa, stóp płaskich i t. d.

Arthroso - arthritis deformans powstaje w jeszcze odmiennych warunkach. W pewnych chorobach stawów zmiany stawu doprowadzają do tego, że powierzchnie chrząstkowe stawu nie stykają się ze sobą, tak np. bywa przy coxa vara, wtedy zanikają nie stykające się ze sobą powierzchnie chrząstki, a wtórnie rozwijają się przybrzeżne wały kostne. W innych przypadkach bodziec do zniekształcających zmian stawu wychodzi z części kostnych. Ma to miejsce w stanach chorobowych, w których części końcowe kości zostały przebudowane z powodu innych procesów patologicznych i w których chrząstka, pokrywająca powierzchnię stawu, zużywa się powoli przy ruchach, nie mogąc jakby przyzwyczaić się do nowych warunków, czy to nie stykania się

wzajemnego powierzchni chrząstkowych, czy też odmiennego ukształtowania się ruchów i działania siły. W tych warunkach rozwija się również nawet u osób młodych, często bardzo szybko, arthritis deformans, zniekształcając stawy szczególnie silnie tam, gdzie pierwotna choroba stawowa, którą może być coxa vara, choroba Perthesa, wrodzone zwichnięcia stawu biodrowego, etc. rozwinęła się wcześnie. Można nawet powiedzieć, że, o ile arthritis deformans przebiega z wielkimi zniekształceniami stawowemi, zawsze jest podejrzenie, że etiologiczna przyczyna leżała w innem cierpieniu.

Anatomja patologiczna.

Proces stawowy w arthritis deformans zaczyna się od zmian wstecznych uszkodzonej chrząstki stawowej. Chrząstka wysusza się, zwłóknia, zatraca swą elastyczność i już nie broni, jak to się dzieje w warunkach prawidłowych, leżących pod nią części kostnych i jeszcze głębiej szpiku kostnego przed uszkodzeniami, pochodzącemi z ucisku lub wstrząśnienia. Szpik kostny, nie chroniony już należycie przed mechanicznemi bodźcami, reaguje bujaniem naczyń krwionośnych, rosnących w kierunku chrząstki. Unaczyniona chrząstka w następstwie zanika i tutaj wchodzi może w grę czynnik konstytucjonalny, gdyż zanik szczególnie prędko może wystąpić w chrząstce konstytucjonalnie małowartościowej. W sąsiedztwie uszkodzonej chrząstki, szczególnie pod nią, w sąsiedztwie przyczepu torebki stawowej występuje bujanie tkanki kostnej, niechronionej już przez elastyczny, chrząstkowy aparat i podrażnionej przez działające na nią bezpośrednie siły dynamiczne. Bujania kostne zjawiają się przedewszystkiem w sąsiedztwie uszkodzonej chrząstki, prowadząc do zgęszczenia tych części kostnych, na które działają siły mechaniczne, równocześnie jednak odgrywają się i procesy resorpcyjne, prowadzące do rozrzedzenia kości tam, gdzie działanie siły mechanicznej jest mniejsze. Dynamiczne podrażnienie tkanki kostnej jest dalej przyczyną bujania kostnego w sąsiedztwie brzegów torebki stawowej, dającego w wyniku przybrzeżne wały kostne, tak charakterystyczne dla arthritis deformans. Tym zmianom może towarzyszyć bujanie błony maziowej, ale nie jest ono nigdy znaczniejszego stopnia i wysięki stawowe naogół się nie tworzą. *Z tego też względu zmiany stawowe, choć nieraz bardzo znaczne i prowadzące do dużego zniekształcenia stawów, nie pociągają za sobą tak ciężkich zesztywnień i ograniczeń ruchu, jak przy zakaźnych sprawach stawowych. Pewna ruchomość stawów zostaje zawsze zachowana i widzi się często osoby starsze, wykonujące nieraz pracę bardzo ciężką pomimo dużego zniekształcenia stawów, nie wykazujących naogół ani obrzęku, ani zaczerwienienia.*

W istocie swej proces anatomopatologiczny arthritis deformans polega na wzajem po sobie następujących objawach zanikowych ze strony chrząstki i regeneracyjnych ze strony kości. *Jest to cierpienie zużycia tkanki z jednej strony i przystosowania się do tego zużycia, wynikającego z biologicznych właściwości tkanki kostnej i szpiku kostnego z drugiej strony.* Łączące się ze sobą procesy zaniku chrząstki, odbudowy i bujania tkanki kostnej, doprowadzając w ostatecznym wyniku do przebudowy części kostnych zajętych stawów, mogą być znowu przyczyną jeszcze dalej idących zmian. Rozrzedzenia kostne w sąsiedztwie powierzchni stawowych przy odmiennem albo silniejszem działaniu sił mechanicznych, albo też tylko przy odmiennym ułożeniu stawu, ale doprowadzającym do jego większego obarczenia, stają się nieraz przyczyną nietylko powstawania głębokich bruzd na powierzchniach stawowych, ale nawet nadłamań kostnych. W ten sposób powstają wolne ciała stawowe, których uwięzgnięcie bywa przyczyną nagłych bólów i niemożności ruchów chorych. *Wtedy także mogą się wytwarzać wtórnie i stany zapalne w chorych stawach.*

W końcowych okresach procesu chrząstka stawowa zanika zupełnie, płaszczyzny stawowe są utworzone przez wyszlifowane, a równocześnie poorane bruzdami powierzchnie kostne, dzięki wspomnianym już nadłamaniom wytwarzają się w stawie wolne ciała chrząstkowe i kostne.

Objawy kliniczne.

Arthritis deformans jest chorobą, niewpływającą szkodliwie na stan ogólny chorych. Ciepłota ciała nie jest podwyższona. Narządy wewnętrzne albo żadnych zmian nie wykazują, albo też czasami stwierdza się równocześnie ze zniekształcającą sprawą stawową, miażdżycę tętnic, nadciśnienie tętnicze krwi, czasami otosclerozę, czasami zwiotczenie i zmniej-

szenie napięcia skóry. Wszystkie te zmiany nie są jednak charakterystyczne dla arthritis deformans, gdyż występować mogą jako cierpienia właściwe wiekowi, w którym także rozwijają się i opisane zniekształcenia stawów. Czasami zmianom stawowym towarzyszą charakterystyczne zmiany skóry. Jest ona pozbawiona barwnika, biała, aksamitno gładka, czasami występują także i zmiany paznokci, ich rowkowania, łamliwość etc. Z powodu tych zmian skórnych i skłonności do rogowacenia naskórka przypuszczano, że cała sprawa jest wywołana zaburzeniami nerwów troficznych. Dowodów na to jednak niema.

Opadanie krwinek w przebiegu cierpienia, o ile niema powikłań, o których będzie jeszcze mowa, jest prawidłowe. Objaw ten jest ważny, gdyż pozwala do pewnego stopnia odróżnić arthroso-arthritis deformans od przewlekłego zapalenia stawów.

Arthroso - arthritis deformans trwać może całemi latami w różnych stawach, nie wywołując objawów, które występują najczęściej wtedy, gdy staw zostaje mechanicznie nadmiernie obarczony. Występują wtedy bóle, które jednakże po pewnym wypoczynku mijają, nie zostawiając po sobie śladów np. bóle przy arthitis deformans na tle skrzywienia kręgosłupa. Bardzo często bowiem dolegliwości chorych nie są wywołane samym procesem chorobowym, toczącym się w stawie, ile raczej przykurczami i napięciami mięśni, zmianami ścięgien i wiązadeł, a także podrażnieniem i napięciem torebki stawowej przez nadbrzeżne wały kostne. Czasami występują także nerwobóle, maskujące istotne cierpienie. Nerwobóle te są także wywołane nieprawidłowem ustawieniem stawów, napięciem torebek stawowych, co wywołuje bodźce bólowe, promieniujące do sąsiednich pni nerwowych. Charakterystyczną dolegliwością chorych są nieraz bóle, występujące nagle w czasie ruchu bóle, połączone z zahamowaniem ruchu. Najczęściej występują one w stawie kolanowym lub biodrowym. Nagły ból jest w tych przypadkach wywołany uwięzgnięciem wolnego ciała stawowego, lub fałdu błony maziowej, w której na tem tle rozwija się odczyn zapalny i powstaje wysięk, znikający naogół pod działaniem wypoczynku dość szybko.

Chore stawy nie wykazuja ani zmian zapalnych, ani zmian konturów, przynajmniej w początkach cierpienia, ani obrzęku, ani zaczerwienienia, ani wysięku, ich ruchomość jest względnie zachowana, ucisk stawu nie jest bolesny. W stawach występuje często, szczególnie przy ruchach, trzeszczenie, skrobanie lub tarcie, czasami są bolesne pewne okolice stawu np. wewnętrzna strona stawu kolanowego, przednia strona stawu ramieniowego, górna okolica stawu barkowoobojczykowego, bolesny bywa staw śródręcznopalcowy i śródręcznonadgarstkowy wielkiego palca ręki. W końcowych okresach procesu występują zgrubienia stawów, mogą się zjawić zmiany ich ustawienia i ograniczenie ruchomości, jednakże ograniczenia nigdy nie są tak wielkie, jak w pierwotnie przewlekłym gośćcu stawowym. *Charakterystyczną cechą cierpienia jest, że w początku ruchu stawy są sztywne i bolesne, uczucie to przechodzi po rozruszaniu stawu, ale jeżeli ruch jest dłuższy, zjawiają się znowu bóle tem silniejsze i dłuższe, im intensywniejszy był ruch.* Bóle te znikają dopiero po wypoczynku, którego rozmiar jest zależny od intensywności i czasu trwania poprzedniego ruchu. W stanach dalej posuniętych ruchy stawu chorego mogą być ograniczone i możliwe tylko w pewnych płaszczyznach, zaburzenia ruchu występują szczególnie w końcowych i krańcowych okresach ruchu. Ograniczenia ruchu są w tym okresie zrozumiałe, gdyż są one tylko następstwem zmian anatomicznych stawu. Wytworzone bruzdy i bujania kostne pozwalają na ruchy tylko w pewnych określonych zmianami stawu płaszczyznach, a poza tem i zmiany wewnątrz stawu, zniszczenia wiązadeł (lig. teres stawu biodrowego, wiązadeł krzyżowych stawów kolanowych), łękotek ogranicza i utrudnia wykonywanie ruchów, które mogą być także hamowane przez wtórne napięcia i przykurcze mięśni, wywołane wadliwem ustawieniem stawu. Wadliwe ustawienie stawów doprowadza także czasami do zaników mięśniowych, te ostatnie jednak nie osiągają nigdy tak znacznego stopnia, jak w przewlekłem zapaleniu stawów.

Arthritis deformans występuje najczęściej w kolejnym porządku w następujących stawach. Najczęściej zajęte są stawy kolanowe i stawy biodrowe, dalej stawy ramieniowe, łokciowe, skokowe, stawy podstawowe palucha i t. d.

Arthritis deformans stawów kolanowych jest prawdopodobnie najczęściej bez-

pośrednio wywołana obarczeniem stawów kolanowych przez zbyt dużą wagę ciała. To powiększenie wagi ciała występuje u kobiet szczególnie często w okresie przekwitania. W badaniach własnych stwierdziłam, że wśród 380 kobiet, badanych z powodu dolegliwości stawowych u 80 t. j. u 21% waga ciała była znacznie powiększona, a z pośród tych kobiet 67 znajdowało się w późnym okresie przekwitania. Główne ich skargi były właśnie spowodowane bólami w stawach kolanowych, znacznie rzadsze były bóle w innych stawach. Opadanie krwinek u wszystkich tych 67 chorych było prawidłowe, w narządach wewnętrznych poważniejszych zmian nie stwierdzono, prócz względnie często nieraz nadciśnienia o charakterze nadciśnienia samoistnego. Zdaje się więc z tego wynikać, że dolegliwości stawów kolanowych kobiet w tym okresie powstają głównie na tle obarczenia stawów nadmierną wagą ciała, do powstania której przyczyniają się zaburzenia dokrewne okresu przekwitania. Dalszą przyczyną zniekształcających zmian w stawach kolanowych może być wadliwe ustawienie stawów kolanowych z powodu nieprawidłowego ustawienia kolan i stóp (kolana szpotawe, koślawe, stopa szpotawa, koślawa, stopa płaska), a także zaburzenia krążenia w kończynach dolnych, które się wytwarzają na tle żylaków. Żylaki i stopy płaskie są niezmiernie częstem zjawiskiem u kobiet, szczególnie w drugiej połowie życia, z tego też względu prawdopodobnie bóle stawów kolanowych i ich zniekształcenia szczególnie często występują u kobiet.

Oprócz więc stałego powolnego zużycia stawów w biegu życia do powstania zniekształcających zmian w stawach kolanowych przyczynić się może szczególnie powiększenie wagi ciała, dalej nieprawidłowe ustawienia stóp, wreszcie szkodliwy wpływ zaburzeń krążenia z powodu żylaków.

Proces zniekształcający toczy się w stawach kolanowych bardzo wolno, przez długi przeciąg czasu, nie doprowadzając jednak do ograniczenia ruchu. Kolana są często zgrubiałe, jednak nie stwierdza się w nich wysięku, bardzo często *szczególnie u kobiet zmiany występują symetrycznie w obu stawach kolanowych.* Chore skarżą się na bóle szczególnie silne przy zmęczeniu i przy ruchach, np. przy schodzeniu ze schodów, czasami występuje wybitna bolesność w okolicy kłykcia wewnętrznego kolan. Przy obmacywaniu kolan wyczuwa się mniej lub więcej silne trzeszczenie lub tarcie. Nieraz zupełnie niespodziewanie przy ruchu występuje całkowite jego zahamowanie, połączone z silnym bólem. Jedno i drugie bywa wywołane uwięzieniem myszki stawowej, po którem przychodzi nieraz do wytworzenia się przejściowego wysięku. Naogół jednak wysięki są rzadkie, a zgrubienia kolan bywają wywołane prawdopodobnie bujaniem błony maziowej albo też bujaniem ciała tłuszczowego.

Zdjęcia rentgenologiczne mogą we wczesnych okresach zniekształcających spraw kolan zmian nie wykazywać, w okresach późniejszych występuje zwężenie szpary stawowej i widoczne są przybrzeżne bujania i wały kostne.

C. d. n.

ZWIĄZKI POCHODNE POLSKIEJ ROPY NAFTOWEJ.

Naphtargol

sól srebrowa, zawierająca 30,6 % Ag., uaktywowanego pochodnemi sulfonowemi węglowodorów naftowych, jednoczy w sobie właściwości związków białkowych srebra i azotanu srebra, które

p r z e w y ż s z a

Zawartością srebra, Mianem bakterjobójczem, Siłą przenikania w głąb tkanek i adsorbcją, Zmniejszeniem napięcia powierzchniowego.

Najekonomiczniejszy i najenergiczniejszy związek srebrowy

Zastosowanie:

w wenerologji	gonorrhoea, urethritis simplex. Roztwory 0,01% — 0,1%
w urologji	cystitis, pyelitis. Roztwory 0,05% — 1%
w otolaryngologji	angina, pharyngitis, highmoritis. Roztwory 0,1% — 1%
w okulistyce	conjunctivitis, blepharoconiunctiv., blenorrhoea. Roztwory 0,1% — 1%
w ginekologji	gonorrhoea, vulvovaginitis, fluor albus, erosio. Roztwory 0,05% — 1%.

Naphtamon

Sól amonowa pochodnych węglowodorów naftowych przewyższa sole amonowe kwasu sulfoichtjolowego dużą zawartością siarki oraz substancji żywicowatych.

Zwalcza stany zapalne — Usuwa przykrą woń — Niszczy wydzielinę — Emulguje tłuszcze — Przenika nieuszkodzoną skórę i błony śluzowe — Daje przejrzyste roztwory bez zapachu.

W GINEKOLOGJI:

Fluor albus
Endometritis
Parametritis
Perimetritis
Kolpitis
Oophoritis

W DERMATOLOGJI:

Acne
Combustio
Congelatio
Dermatitis
Eczemata
Decubitus
Pruritus
Rhagades

DAWKOWANIE:

Roztwory 1% — 2% Maści 5% — 20% Gałki à 1,5 grm.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

Chem. Farm. Zakł. Przem.-Handl. L. NASIEROWSKI

Wrażenia z Anglji[1])

PODAŁ

DR. EUG. KRAJEWSKI (Katowice).

1. Problem regulacji urodzin.
2. Problem spalania zwłok.

Korzystając z wyjazdu na studja lekarskie do Anglji, postanowiłem zapoznać się na miejscu z dwoma zagadnieniami społeczno - lekarskiemi, u nas czekających rozwiązania, w Anglji posiadających już okres wieloletniego doświadczenia i tradycji. Jedno zagadnienie — to regulacja urodzin, drugie — stan obecny kremacji i krematorjów. Zarówno bowiem narodzenie, jak i śmierć człowieka posiadają dziś w dobie kryzysu gospodarczego, jak i przeludnienia miast olbrzymie znaczenie z punktu widzenia zdrowia publicznego a uwikłane u nas niepotrzebnie w sferę spraw religijnych, społecznych czy państwowych ze szkodą dla społeczeństwa nie mogą ruszyć z miejsca.

Idąc po powyżej nakreślonej linji — zwiedziłem przedewszystkiem Londyńską Klinikę dla spraw regulacji urodzin, po angielsku „Clinic for Constructive Birth Control and Racial Progress", mieszczącą się przy 108 Whitfeld Street. London W. C. l. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności mogłem nietylko zapoznać się z praktyczną pracą w klinice, lecz także uzyskać wywiad z twórczynią ruchu świadomego macierzyństwa w Anglji i koloniach p. dr. Marją Stopes i zorjentować się także w społecznej stronie zagadnienia. Działalność więc klinik i poradni, rozsianych w miastach, miasteczkach i koloniach wielkobrytyjskich — znajduje dla siebie oparcie w komisji naukowo-badawczej (medical Research Comitee), będącej wydziałem „Society for CBC and Racial Progress". Tu wypracowuje się ścisłe metody pracy a powagi należnej dodaje ruchowi uczestnictwo najwybitniejszych przedstawicieli świata lekarskiego, naukowego i publicznego. Regulacja urodzin ze względów ekonomicznych, społecznych i eugenicznych cieszy się w Anglji należnem zrozumieniem i uznaniem a literatura tego zagadnienia, bardzo bogata i wartościowa, dostaje się łatwo do rąk szerokich mas. Nawykowe mieszanie dwuch pojęć odrębnych t. j. regulacji urodzin (ZAPOBIEGANIA CIĄŻY) i PORONIARSTWA (mniej lub więcej ulegalizowanego przerywania ciąży), tak powszechne u naszej t. zw. inteligencji — jest w Anglji wprost niedopomyślenia. Nawiasem powiedziawszy kary za przerwanie ciąży są w Anglji znacznie surowsze niż u nas. Spadek liczby urodzin jest w Anglji zjawiskiem kilkuletniem i nie przeraża nikogo wobec głęboko a powszechnie zakorzenionego tutaj poglądu, że nie i l o ś ć l u d z i, lecz ich j a k o ś ć, s t o p a ż y c i o w a i z a m o ż n o ś ć decyduje o z n a c z e n i u społeczeństwa i państwa w świecie. Ponadto argument niebezpieczeństwa braku żeru dla armat („obronność narodu") wobec wstrętu przeciętnego Anglika do wojen i żołnierki oraz wpływu liberalnego kościoła anglikańskiego — nie trafia tu nikomu do przekonania.

Jakie są założenia i technika pracy klinik „C. B. C."? I znowu praktyczna nawskroś umysłowość angielska, nacechowała program kliniczny. Celowa bowiem i wydajna praca, jest zdaniem lekarzy angielskich, najlepszą propagandą ideji regulacji urodzin. Kliniki są zasadniczo własnością towarzystwa C. B. C. ale wiele z nich powstaje z inicjatywy gminnej (samorządowej) opieki społecznej. Ustawa angielska, przeprowadzona przez parlament, nakazuje gminom zakładanie instytucji dobra i zdrowia publicznego a więc klinik i poradni świadomego macierzyństwa. Porady udzielane są bezpłatnie wszystkim zgłaszającym się. Zewnętrznie klinika nie posiada wyglądu „klinicznego" lecz raczej swojski, domowy, co nie jest dla korzystających i całej atmosfery pracy bez znaczenia (fałszywy wstyd i skrępowanie klijentek). Po zgłoszeniu się kobiety zarówno z powodu bezdzietności (wcale częsta rzecz!), jak i

---

[1]) Przyznać należy, że w krajach anglosaskich szczególnie wiele poświęca się uwagi niektórym zagadnieniom społeczno - lekarskim, że wymienimy sprawę eutanazji, spalania zwłok i regulacji urodzin. Odsuwanie się od dyskutowania nad temi sprawami uważamy za niecelowe i dlatego chętnie udzielamy miejsca osobistym wrażeniom i studjom d-ra Krajewskiego, dotyczącym dwóch ostatnich problemów, aczkolwiek nie całkowicie zgadzamy się z niektórymi Jego wywodami — Red.

chęci zapobiegnięcia ciąży, wciąga się wszystkie szczegóły do kartoteki, gdzie drogą ścisłych wywiadów ustala się sytuację rodzinną, gospodarczą, religijną i światopoglądową zgłoszonej, ilość i charakter dotychczasowych ciąży (ilość i tło poronień), dotychczasowe postępowanie regulacyjne (poronienia kryminalne, abstynencja religijno-płciowa, rodzaj środków zapobiegawczych), właściwości fizyczne i moralne rodziców, jakość potomstwa i t. p. Z kolei następuje badanie ginekologiczne, a w razie stwierdzenia zmian chorobowych w narządzie rodnym — skierowanie do leczenia. Zdrowe kobiety pozostawia się i ustala sposób zapobiegania ciąży. Najczęściej stosuje się pessarja z grubej, czerwonej gumy, z pierścieniem bezsprężynowym, w czterech wielkościach, obejmujące ściśle pochwową część szyjki macicznej. I tu zwraca się szczególną uwagę na dopasowanie odpowiedniej wielkości i dokładne pouczenie o sposobie posługiwania się pessarjum, które kobieta musi sama sobie w postawie kucznej wprowadzić a następnie lekarka przy pomocy wziernika kontroluje in situ położenie pessarjum. Mało bowiem, że kobieta posiada pessarjum, należy ją także pouczyć dokładnie, „wytrenować“ pewne konieczne tu rękoczyny. Porównajmy to ze stanem rzeczy u nas: wstydliwa żona wysyłająca męża do sklepu, by kupił i wybrał „na oko“ pessarjum, sprzedający wypytuje męża o rozmiar pochwy żony („szeroka czy wąska“) kobieta, niezbadana poprzednio przez lekarza i wadliwie wprowadzająca pessarjum; i czy dziwić się potem kiepskim wynikom zapobiegania?... W ulotkach, wręczanych kobietom, poucza się je, że pessarjum wprowadzone wieczorem wyjmuje się następnego dnia, a pochwę przepłukuje wodą z dodatkiem kilku kropli octu kuchennego. U kobiet mało inteligentnych lub dotkniętych rozerwaniem krocza lub wypadaniem pochwy lub macicy stosuje się gąbeczki gumowe, kształtu okrągłego, płaskie, grubości kciuka a wielkości małej dłoni, którą po napojeniu oliwą jadalną wprowadza się i stosuje jak pessarja. W klinice rozdaje się również pouczenia, ulotki, broszury i pisma, poświęcone regulacji urodzin. Raz w tygodniu odbywają się kursy i demonstracje techniki zapobiegania dla lekarzy praktyków. Ofiarowana mi przez p. dr. Stopes broszura, demonstruje wyniki praktyczne ostatnich 10,000 porad zapobiegawczych. Akcja, zilustrowana w książeczce — sprawozdaniu jest nietylko praktyczną realizacją zadań eugeniki (zapobieganie ciąży w rodzinach alkoholików, psychopatów), ale także skuteczną krucjatą przeciwko poronictwu, chorobom i zgonom z zakażeń poporonieniowych.

Na przedmieściu Londynu Golders Green znajduje się najpiękniejsze krematorjum Anglji „The Garden of Rest“. Dzięki uprzejmości dyrektora zakładu zwiedzić mogłem nietylko budynki, kaplicę, kolumnarja (dla pomieszczenia urn z popiołami) ale przedewszystkiem, co jest dostępnem tylko lekarzom, pieców dla spopielania zwłok.

Do pieca w kształcie podłużnej skrzyni metalowej, doprowadzone są palniki gazowe, które w ciągu I 1/2 godziny spopielają zwłoki wraz z trumną. Po tym czasie zgarnia się z paleniska popiół (zwęglone części kości) i wypełnia nim przygotowaną urnę. Urnę tę albo się wręcza rodzinie, albo popioły rozsypuje w ogrodzie albo też pozostawia w kolumnarjum. O popularności spalania zwłok w Anglji świadczą napisy i nazwiska spopielonych osobistości (arystokracja i sfery intelektualne, maharadża of Cooch Behar, Pawłowa, Zangwill i t. p.). Spalanie zwłok jest jednak nietylko problemem religijnym i społecznym, lecz przedewszystkiem zdrowia publicznego. Anglicy, zdając sobie sprawę z okoliczności, hamujących rozwój tej olbrzymiej doniosłości instytucji sanitarnej, rozwijają odpowiednią propagandę, podkreślając, że spalanie zwłok nie stoi w sprzeczności z żadnymi wierzeniami religijnymi a opory są przeważnie natury uczuciowej. Bardzo surowe przepisy wiążą się z formalnościami, związanymi z udzieleniem zezwolenia na kremację i są w zupełności w stanie uniemożliwić zatajenie wypadków śmierci gwałtownej. Postanowienia te są znacznie surowsze, niż przy grzebaniu zwłok. Z punktu widzenia hygjeny osad ludzkich, jedynie kremacja zapobiega zanieczyszczeniu i zakażeniu wody gruntowej (dur, czerwonka, cholera i t. p.), umożliwia wyzyskanie wolnych przestrzeni w przeludnionych dziś

miastach na ogrody, parki, zieleńce i place gry dla dzieci, potanienie i uproszczenie pogrzebów (projekt angielski przymusowej kremacji zwłok bezrobotnych, chowanych na koszt gminy), uniemożliwia pogrzebania „żywcem", szerzenie się chorób z przeziębienia, szczególnie u ludzi starszych, na pogrzebach, powoduje uproszczenie i asanację transportu zwłok i wiele innych. Propagandą i budową krematorjów zajmuje się towarzystwo prywatne „The Federation of Cremation Authorities in Great Britain", założone w r. 1924. W r. 1885 istniało w Anglji I krematorjum i dokonano 3 kremacyj a w r. 1930 ilość krematorjów wzrosła na 21 a kremacyj na 4533. Towarzystwa propagujące budowę, istnieją nadto w Australji, Austrji, Belgji, Francji, Niemczech, Holandji, Włoszech, Luksemburgu, Skandynawji, Szwajcarji, Czechach, Stan. Zjednoczonych, Kanadzie, Indjach ang., Kubie, Argentynie i Łotwie. Wedle dostarczonych mi materjałów w Polsce istnieje jedynie krematorjum w Sosnowcu (?). Dla Polski z opłakanym stanem sanitarnym miast i miasteczek, z endemją duru brzusznego, ze zubożałą ludnością miejską, zapożyczającą się na pogrzeb a wyzyskiwaną przy tej okazji przez przedsiębiorców pogrzebowych i gminy i związki religijne — budowa krematorjów i umieszczanie ich w planach i budżetach miast jest rzeczą pierwszorzędnej wagi.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Przypadek choroby Cushing'a. (Sur un cas de la maladie de Cushing). Garnier, Chabrun et Fasquelle Saint-Yves-Menard.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. N. 21. 1935.

Autorzy podają w początku charakterystyczne cechy choroby Cushing'a. Cierpienie to występuje najczęściej między 6 — 25 rokiem życia, najczęściej w roku 18. Najczęstszymi objawami są przedewszystkiem otyłość obejmująca twarz, szyję, tułów, zaoszczędzając kończyny, nadmierne uwłosienie, zjawiające się szczególnie u kobiet i chłopców przed okresem dojrzewania natomiast u mężczyzn dojrzałych występuje raczej pewne przerzedzenie uwłosienia. Zaburzenia płciowe są charakterystyczne i występują u kobiet jako amenorzhoe, u mężczyzn w postaci niemocy płciowej. Bardzo charakterystyczne dla choroby Cushing'a są czerwono sine rozstępy skórne, występujące szczególnie na skórze brzucha. Ciśnienie krwi jest zazwyczaj wysokie, we krwi występuje podwyższenie poziomu cukru, któremu towarzyszy cukromocz. Oprócz tych objawów występują często zmiany kostne, szczególnie skrzywienie kręgosłupa w kształcie kifozy oraz wzmożona łamliwość kości, wreszcie objawom tym towarzyszy powiększenie liczby czerwonych ciałek krwi. Oprócz opisanych objawów stwierdza się nieraz objawy wtórne, do których należy przedewszystkiem zmęczenie, astenia, suchość skóry, nagromadzenia barwnika,w skórze, acrocyanoza, dalej objawy oczne, jak lekki wytrzeszcz, wysięki i krwawienia siatkówki, obrzęk nerwu wzrokowego, etc. Ze strony przewodu pokarmowego występują zaburzenia w postaci polifagji, polydypsji, bólów ze strony jamy brzusznej, w moczu stwierdza się białko, czasami polyurię. Przebieg cierpienia jest ciężki, powoli występuje charłactwo i chorzy giną z powodu powikłań płucnych lub zakażeń skórnych. Autorzy przedstawiają przypadek choroby Cushing'a u 42 letniej kobiety. Najwybitniejszym objawem jest amenorrhoe, nadciśnienie krwi, rozstrzenie skórne, oraz tak znaczne podwyższenie poziomu cukru we krwi, że towarzyszy mu stały cukromocz. Otyłość chorej nie jest bardzo wybitna, waga jej w przeciągu lat była zmienna pomimo przytycia. Dwa objawy choroby Cushing'a: nadmierne uwłosienie i erythraemia nie były wykształcone, jednakże hypertrichosis nawet u kobiet, nie zawsze jest wyraźna, u dorosłych mężczyzn brak jej całkowicie. Pomimo wyraźnych objawów nadnerczowych (nadciśnienie, nadmierne uwłosienie, etc.) przyczyną choroby Cushing'a są zmiany przedniego płata przysadki mózgowej, szczególnie gruczolaki komórek zasadochłonnych, stwierdzane u 50% chorych Cushing'a. Gruczolaki te są zwykle bardzo małe, nie wydrążają siodełka tureckiego i nie powodują objawów wzmożonego wewnątrz - czaszkowego ciśnienia. Przysadkowe pochodzenie choroby Cushing'a nie tłomaczy całkowicie wszystkich objawów cierpienia. Nie jest zrozumiałe dlaczego cierpienie wywołuje przedwczesne dojrzewanie u młodzieży, amenorrhoe u dorosłych, nie wiadomo dlaczego nie wykrywa się hormonu płciowego przysadki w moczu tych chorych, etc.

Guzek dnawy. (Le tophus goutteux). Rathéry et Conte.

Presse médic. Nr. 71, 1935.

Autorzy, podając opis jednego-przypadku, badanego sekcyjnie, dyskutują sposób wytwarzania się, rodzaje i patogenezę guzków dnawych. Występowanie guzków u chorych dnawych jest częste, ale nie stałe. Guzki występują w różnych okresach, mogą one poprzedzać atak dny, mogą występować po nim, naogół jednak zjawiają się w okresie, gdy stan ostry minął. Wytwarzanie się guzka bywa naogół poprzedzane przez umiejscowiony, parzący ból, po którym występuje w tym samym miejscu obrzęk, zaczerwienienie skóry i lekkie chełbotanie, co wszystko razem robi wrażenie ropnia. Jeżeli miejsce to zostaje nakłute, czego jednak nie należy czynić, wydobywa się białawy, mętny płyn. W okresie drugim objawy zapalne uspakajają się, obrzęk staje się ciastowaty, skóra blednie i zaczyna się łuszczyć. Po trzech lub czterech tygodniach w miejscu tem stwierdza się pod skórą dwa lub trzy twarde twory ruchome, nie zrośnięte ze skórą. W dalszych okresach tak wytworzony guzek dnawy może zniknąć przed atakiem. W innych przypadkach może powstać owrzodzenie, z którego wydobywają się białawe, kredowe masy, następnie w miejscu owrzodzenia wytwarza się blizna. Ropne zakażenia guzków są bardzo rzadkie, natomiast przed atakiem dny dawny guzek może się zaognić i otworzyć. Najczęściej zjawiają się guzki na brzegu muszli usznej, rzadziej na brzegu dolnej powieki, na nozdrzach. Odrębny rodzaj guzków stanowią duże guzki części miękkich, które najczęściej zjawiają się na łokciu, na grzbiecie dłoni lub nogi. Najczęściej są to guzki dość duże, miękkie, zawierające jednak części twardsze. Trzecim rodzajem guzków są guzki, siedzące w sąsiedztwie kości i stawu, występujące najczęściej na grzbietowej stronie palców. Guzki te zniekształcają znacznie palce i dłoń, jednakże nie ograniczają naogół ich ruchomość. Czwartym typem guzków są guzki ścięgniste, infiltrujące w całości ścięgna np. duże guzki ścięgna Achillesa; guzki te naogół nie podlegają owrzodzeniom. Piątym typem są guzki plackowate, rozwijające się szczególnie na pięcie, na dłoni, na dolnej powierzchni palców. Wreszcie drobniutkie, pyłkowate minimalnej wielkości guzeczki, gromadzące się w tkankach są przyczyną t. zw. zapalenia tkanki luźnej (cellulite). Rozpoznanie typowych guzków dnawych nie jest trudne naogół, jednakże czasami nieodróżnia się ich od guzków Heberdeena. Te ostatnie są to małe, twarde, symetryczne guzki, siedzące w sąsiedztwie sta-

wów palcowych bez zmian skóry nad nimi. Trudności rozpoznawcze powstają, gdy się ma do czynienia z t. zw. reumatyzmem dnawym, to jest z choremi, którzy równocześnie cierpią na reumatyzm i na dnę.

Guzek dnawy ma bardzo charakterystyczne cechy radiologiczne, Promienie X przechodzą przez niego i dzięki temu w miejscu, odpowiadającym guzkowi widzi się okrągłe, kuliste rozjaśnienie. Tkanka kostna w sąsiedztwie guzków jest rozjaśniona, czasami nadżarta. Przy guzkach gośćcowych zamiast rozrzedzenia spostrzega się zgęszczenia tkanki kostnej, szpara stawowa zanika, podczas gdy przy dnie przestrzeń stawowa jest rozjaśniona. Czasami jednak guzki Heberdeena w obrazie radjologicznym dają małe rozjaśnienia, a guzki dnawe, jeżeli trwają przez okres dłuższy, stają się w końcu nieprzejrzyste dla promieni X, gdyż zawierać mogą wapń. Jedyną więc cechą charakterystyczną guzków dnawych jest ich właściwość chemiczna, obecność kryształków kwasu moczowego, którego w guzkach innego pochodzenia się w tej ilości nie stwierdza. Guzki, zawierające wapń, mogą mieć umiejscowienie i wygląd całkowicie podobny do guzków dnawych i tak samo jak one podlegają owrzodzeniom, jednakże nie przepuszczają promieni X. Zawierają one fosforan i węglan wapnia, natomiast nie znajduje się w nich ani kwasu moczowego, ani cholestryny, nie wywołują one także żadnych zaburzeń czynnościowych. W przeciwieństwie do guzków dnawych podlegają guzki wapniowe zakażeniu. W powstawaniu guzków wapniowych mają odgrywać pewną rolę zaburzenia czynności gruczołów przytarczyczynych,, ponadto drobne lecz częste urazy. U osób mających guzki wapniowe, stwierdza się z biegiem czasu odwapnienia, wypadania zębów, zaniki mięśniowe i zaburzenia, ze strony przewodu pokarmowego. Guzki dnawe zawierają kwas moczowy i cholesterynę (według *Grinaut* i *Chauffard'a* przeciętnie 63% kwasu moczowego i 10%cholesteryny), przyczem przy zmiennych ilościach kwasu moczowego zawartość cholesteryny jest naogół stała lecz wzrasta z wielkością guzków. Im guzki są większe, tem więcej zawierają cholesteryny. Badania histologiczne guzków wykazały, że ośrodek ich jest utworzony przez nagromadzenie cholesteryny, na którego brzegach rozłożone są igiełki kwasu moczowego. Naokoło tego jądra znajdują się komórki olbrzymie, otoczone siateczkowo - śródbłonkowemi, komórkami jednojądrzastemi, plasmocytami i komórkami kwaso chłonnemi. W guzkach zwraca uwagę brak odczynów zapalnych, brak martwicy, nagromadzenie cholesteryny i podrażnienie siateczkowo - śródbłonkowe. Doświadczalnie nie udało się dotychczas reprodukować guzków dnawych.

Odkładanie się kwasu moczowego w postaci guzków tłomaczono dotychczas wzmożoną jego zawartością we krwi chorych dnawych i powinowactwem specjalnem chrząstki do kwasu moczowego. Jednakże zawartość kwasu moczowego we krwi chorych dnawych nie zawsze jest powiększona, a z drugiej strony w niektórych cierpieniach np. w przebiegu białaczki, pomimo dużego poziomu kwasu moczowego we krwi nie wytwarzają się guzki dnawe. Geneza guzka dnawego jest obecnie tłomaczona podwójnie. Według *Chauffard'a* pierwotną przyczyną utworzenia guzka jest hypercholestyrynemja, odkładanie się kwasu moczowego jest objawem wtórnym. Inni badacze znajdują, że ośrodek guzka ma charakter martwicowy, obwód wysiękowy, według tego poglądu martwica jest objawem pierwotnym, a wtórnie dopiero odkłada się kwas moczowy. W badaniach własnych autorzy doszli do przeświadczenia, że przy wszelkiego rodzaju guzkach (dnawych, wapniowych, gośćcowych) nekrobiotyczne uszkodzenie podskórnej tkanki łącznej jest zmianą pierwotną; jeżeli równocześnie we krwi poziom kwasu moczowego jest podwyższony przychodzi do utworzenia się guzka dnawego, jeżeli istnieją zaburzenia przemiany wapniowej tworzyć się mogą guzki wapniowe, przy hypercholesterynemji odkłada się cholesteryna. Istnieje więc między różnemi guzkami pewne powinowactwo, jeżeli chodzi o ich sposób wytwarzania się, naprzód powstaje martwica tkanki, w której w przebiegu gośćca odkłada się wapń, w przebiegu dny kwas moczowy, przy hypercholesterynemji cholesteryna.

Trudności rozpoznawcze w zwężeniu lewego ujścia żylnego (Le rétrécissement mitral. Ses difficultés de diagnostic).

Le Journal de Médecine de Lyon. N. 377. 1935.

Rozpoznanie zwężenia lewego ujścia żylnego jest łatwe, jeżeli istnieją wszystkie jego objawy, jednakże jest ono niezmiernie utrudnione w pewnych okresach, szczególnie gdy wszystkie objawy nie są całkowicie wykształcone. Niemiarowość zupełna np. prowadzi do zniknięcia objawów, wywołanych czynnością przedsionków, pomruk koci i szmer rozkurczowy znikają czasami całkowicie. pozostaje jedynie zaakcentowanie drugiego tonu i akcentuacja tonu pierwszego, czasami znika nawet akcentuacja tonu drugiego. Zwężenie lewego ujścia żylnego wywołuje czasami napady częstoskurczu. W tych przypadkach, gdy rytm serca wynosi około 150 na minutę, znikają objawy osłuchowe i trzeba dopiero wyczekać aż do chwili uspokojenia się akcji serca,żeby ustalić rozpoznanie. Rozpoznanie zwężenie lewego ujścia żylnego jest zawsze łatwiejsze przy rytmie normalnym lub wolnym, niż w okresie przyspieszonej czynności serca. Z tego też względu zastosowanie wysiłku dla przyspieszenia czynności serca i wydobycia tą drogą charakterystycznych cech tej wady nie ma przy zwężeniu lewego ujścia żylnego większego znaczenia, a raczej utrudnia rozpoznanie. W klinice nadużywa się niezmiernie często terminu t. zw. rytmu mitralnego. U młodych, pobudliwych, czasami anemicznych dziewcząt czynność serca przyspiesza się przy najmniejszym wzruszeniu lub wysiłku, co przy powierzchownem badaniu robi wrażenie zwężenia lewego ujścia żylnego z powodu silniejszego uderzenia koniuszkowego, wzmocnienia pierwszego tonu, a czasami i szmerów pochodzenia żylnego, które mylnie są brane za szmery rozkurczowe. Pobudliwość sercowa, wywołania nadmierną wrażliwością szyjnego układu współczulnego, chorobą Basedowa o lekkim przebiegu, wreszcie niedokrwistością powoduje ze strony serca szereg objawów, podobnych do zwężenia lewego ujścia żylnego, nieraz bardzo trudnych do odróżnienia od wady prawdziwej. Wymaga to nieraz powtórzenia badań, przyczem, jeżeli objawy zmniejszają się przy zwolnieniu czyn-

ności serca pozwala to wadę wykluczyć, naodwrót, jeżeli objawy powiększają się przy zwolnionej czynności serca, przemawia to za wadą. Również trudne jest rozpoznanie w postaci, w której stwierdzić można tylko pewne cechy zwężenia lewego ujścia. Rozdwajanie drugiego tonu ma tylko wtedy znaczenie patognomiczne, gdy stwierdza go się nad koniuszkiem serca, gdy oddychanie, podobnie, jak i przyspieszenie rytmu serca pozostaje nań bez wpływu, gdy ton rozdwojony ma wreszcie ten sam charakter, co drugi ton serca i gdy czas, dzielący drugi ton od rozdwojonego tonu jest niezmienny; to, że oba tony są słabe nie zmniejsza ich wartości, jako oznaki chorobowej. Szmer osierdziowy, który przez dołączenie również czasami może robić wrażenie tonu rozdwojonego różni się tem, że jest silniejszy, czasami dłuższy, a nie ma tego samego charakteru, i miejsce jego największego nasilenia nie jest to samo, co miejsce największego nasilenia drugiego tonu. Istnienie samego tylko tonu przedskurczowego pozwala na rozpoznanie zwężenia lewego ujścia żylnego, jednakże powinien mu towarzyszyć, choć lekki pomruk koci, gdyż inaczej trudno go jest odróżnić od cwału serca, który nieraz robi również wrażenie tonu przedskurczowego. Rozpoznanie zwężenia lewego ujścia żylnego jest nieraz trudne, gdy jest połączone z innemi wadami serca, najczęściej z niedomykalnością zastawki tętnicy głównej i niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Ostatnie dwie wady są dość często połączone ze zwężeniem lewego ujścia żylnego. Odróżnienie naogół nie jest trudne, może to jednak nastąpić, gdy znaczna wada aortalna łączy się z nieznacznem zwężeniem lewego ujścia. W tych przypadkach wątpliwych trzeba pamiętać, że zwężenie lewego ujścia żylnego zmniejsza objawy obwodowe niedomykalności zastawek tętnicy głównej, tętno jest mniej chybkie, niema podwójnego szmeru Durozier'a, różnica między ciśnieniem skurczowem a rozkurczowem jest mniej wyraźna. Połączenie zwężenia lewego ujścia żylnego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej jest częstem następstwem choroby reumatycznej, powodującej każdą z tych wad oddzielnie, a mogącą wywołać obie razem. Stwierdzenie w tych przypadkach zwężenia lewego ujścia jest ważne, choćby z tego względu, że pozwala wykluczyć pochodzenie czynnościowe niedomykalności zastawki dwudzielnej. Odróżnienie zwężenia lewego ujścia od rytmu cwałowego jest niezmiernie trudne tam, gdzie objawem jest tylko ton przedskurczowy, gdzie niema białkomoczu azotemji, etc. i dopiero całość obrazu i przebiegu klinicznego pozwala ustalić rozpoznanie. W miarę trwania zwężenia lewego ujścia żylnego powoli wytworzyć się może przerost mięśnia sercowego i nadciśnienie tętnicze. W tych przypadkach zmniejszają się objawy zwężenia, znika przedewszystkiem szmer rozkurczowy, znika także zaakcentowanie tonu drugiego, najdłużej trwa zaakcentowanie tonu pierwszego, chociaż i ono może w końcu zniknąć. W tych warunkach wytwarza się t.zw. ciche zwężenie lewego ujścia żylnego, które staje się jednak cichem dopiero z biegiem czasu. W tych przypadkach zwężenie ujścia jest niespodzianką, stwierdzaną dopiero w czasie badania pośmiertnego. Autorzy sami spostrzegali przypadki, w których wyraźne objawy zwężenia zniknęły z biegiem czasu. Z tego zestawienia wynika, jak rozpoznanie zwężenia lewego ujścia żylnego, łatwe, gdy jego główne objawy są wyraźne, staje się w pewnych przypadkach trudnem, a czasami prawie niemożliwem.

Kilka różniczkowo-rozpoznawczych wskazań dla odróżnienia żółtaczki z powodu zamknięcia przewodu żółciowego od żółtaczki z powodu zmian wątroby. (Quelques élements de diagnostic différentiel entre les ictère par obstruction cholédocienne et les ictères par hepatite). M a r c e l B r u l é e t J e a n C o t t e t.

Presse Médicale. N. 88. 1935.

Aby odróżnić żółtaczkę, wywołoną cierpieniem wątroby, podlegającą leczeniu wewnętrznemu od żółtaczki, wywołanej zatkaniem przewodu żółciowego, która wymaga sondowania dwunastnicy lub zabiegu chirurgicznego zwracają autorzy uwagę na objętość wątroby, na zaburzenia przemiany węglowodanowej, zaburzenia przemiany wodnej, wreszcie na różne sposoby zatrzymania dwóch najważniejszych składników żółci. bilirubiny i soli żółciowych.

Przy zatkaniu przewodu żółciowego wątroba jest średnio powiększona, o brzegu znikającym w głębi, trudno macalnym. Jest ona gładka, zbliżona swym wyglądem do marskiej zastoinowej wątroby. Przy marskości przerostowej wątroba jest bardziej powiększona, o brzegu bardziej wystającym. Zatrzymanie żółci w tych przypadkach jest rzadko zupełne, stolce naogół nie są całkowicie odbarwione. Cechę charakterystyczną dla zatkania przewodu żółciowego jest zmienna wielkość wątroby w stosunku do żółtaczki; jeżeli przeszkoda w przewodzie żółciowym się zmniejsza, następuje odpływ żółci, wątroba zmniejsza się również. Drugim ważnym czynnikiem rozpoznawczym jest próba z galaktozą. Próba ta ostatnio została w ten sposób zmodyfikowana, iż nie określa się ilości galaktozy wydzielonej po 24 godzinach, jak to się czyniło w próbie Bauera, ale oznacza się galaktozę we wszystkich próbkach moczu, oddanego w ciągu dnia po spożyciu galaktozy. Według *Fiessingera* w miąższowych zapaleniach wątroby ilość galaktozy jest bardzo obfita w pierwszej porcji i szybko opada w porcjach następujących, stwierdza się np. 20, 30, 40, 50, 60, 70, promille w pierwszej porcji, 10 - 20 w drugiej, tylko ślady w trzeciej, żadnych nawet śladów w ostatniej. Przy żółtaczce z powodu zatkania przewodu żółciowego spotyka się liczby podobne do prawidłowych, mniej więcej około 6 pro mille w dwóch pierwszych godzinach, w drugiej porcji naogół są tylko ślady galaktozy, trzecia i czwarta porcja już i śladów nie zawiera. Wartość tej próby jest jednak największa w początku żółtaczki, gdyż w miarę jej trwania zastój żółci łączy się ze zmianami miąższowemi, które szybko powiększają wydzielanie galaktozy. Próba ta więc traci na wartości przy dłuższem trwaniu żółtaczki, gdyż w 5,6 tygodniu zatrzymania żółci z powodu zatkania przewodu może wydzielenie galaktozy już być nadmiernie obfite. W przebiegu długotrwałych żółtaczek tylko wielorazowe wykonanie próby z galaktozą ma wartość, gdyż pozwala ono śledzić za przebiegiem cierpienia i określić jego nieraz złożone pochodzenie.

Badając przemianę wodną autorzy uwzględniają cały szereg czynników, oznaczając oddzielnie ilość wydzielonego moczu w ciągu dnia i w ciągu nocy, wydzielenie moczu po spożyciu wody, porównując wreszcie diurezę w pozycji le-

żącej i stojącej. Próbę tę wykonuje się w sposób następujący: w ciągu 2 dni zbiera się mocz od godziny 21 do 7, od 7 do 9, od 9 do 21:, określa się objętość i ciężar gatunkowy każdej porcji, przyczem pierwszego dnia chory leży od 7 - 9, drugiego dnia chodzi w tym czasie. Chory spożywa po 200 cm.[3] wody o godz. 6.30, 6.45 i 7, pierwsze śniadanie jest o 9, obiad o 12, kolacja o 7.30. W przebiegu żółtaczek hemolitycznych stwierdzili autorzy, że ilość moczu oddawanego w dzień jest większa, niż w nocy, że następuje ogromne wzmożenie wydzielania moczu po spożyciu 600 cm.[3] wody, że pozycja stojąca ma mały wpływ na to wydzielanie, a ciężar właściwy moczu zachowuje się odwrotnie do jego ilości. W przebiegu żółtaczek nieżytowych wydzielanie moczu w dzień i w nocy jest prawie to samo, spożycie 600 cm.[3] wody nie ma wyraźnego wpływu na wydzielanie moczu, po spożyciu większej ilości wody ilość moczu nietylko się nie powiększa, ale nawet zmniejsza, pozycja stojąca jeszcze powiększa tą oligurję, ciężar właściwy moczu dziennego i nocnego jest prawie jednakowo wysoki, wreszcie po spożyciu wody ciężar gatunkowy moczu nie opada, a nawet się podnosi. Przy żółtaczkach z powodu zamknięcia przewodu żółciowego czy to przez kamień, czy to przez ucisk guza ilość moczu po spożyciu wody jest niewielka, jednak występuje spadek ciężaru właściwego. Podobnej sprzeczności nie spostrzegli autorzy w przebiegu żółtaczki nieżytowej. Pozycja stojąca ma w tych przypadkach niekorzystny wpływ na wydzielanie wody. W przypadkach zatkania przewodu przez kamień diureza po spożyciu wody była prawidłowa w początkach żółtaczki, znacznie się pogorszyła przy dłuższem jej trwaniu. Wynika z tego, że w przypadkach zatkania przewodu żółciowego zaburzenia przemiany wodnej występują i zaostrzają się w miarę trwania cierpienia, zaś początkowo znaczne zaburzenia przemiany wodnej w przypadkach żółtaczki na tle miąższowem znikają między 10 - 30 dniem cierpienia. Próba z galaktozą i próba wodna posiadają więc pewne cechy wspólne. Badania nad t. zw. żółtaczką rozszczepioną, której istotą jest zatrzymanie barwików żółciowych przy równoczesnem przechodzeniu soli żółciowych do przewodu pokarmowego, co jest niemożliwe przy zatkaniu przewodu żółciowego, jest również pomocne przy odróżnianiu żółtaczek z powodu uszkodzenia komórek wątrobowych od żółtaczek na tle niedrożności kanału żółciowego. W przebiegu wszystkich żółtaczek niezależnie od ich przyczyny zatrzymanie barwików żółciowych jest znacznie większe od zatrzymania soli żółciowych. Żółtaczki z powodu niedrożności kanału żółciowego cechują się najsilniejszem zatrzymaniem barwików żółciowych (w warunkach prawidłowych poziom ich we krwi wynosi 0,016), równocześnie podnosi się choć nie tak wysoko i poziom soli żółciowych, (których się we krwi w warunkach prawidłowych nie spotyka). Naogół stężenie soli żółciowych jest we krwi 8 - 10 razy mniejsze, niż barwików żółciowych. Najsilniejsze zatrzymanie soli i barwików żółciowych występuje koło 2 - 3 tygodnia niedrożności i utrzymuje się nieraz aż do śmierci. Czasami po dłuższym czasie spostrzega się, że poziom soli żółciowych się obniża trochę, a nawet przy żółtaczkach bardzo ciężkich, trwających miesiącami, przy znacznym upośledzeniu stanu odżywiania czasami lecz rzadko znikają sole żółciowe całkowicie ze krwi, jak przypuszczają z powodu braku odpowiednich ciał w odżywianiu. Przy żółtaczkach nieżytowych zatrzymanie soli i barwików żółciowych w pierwszych 2 - 3 tygodniach jest podobne, jak przy niedrożności, jednakże po tym czasie, pomimo, że się żółtaczka utrzymuje i stolce są odbarwione, poziom soli żółciowych się raptownie we krwi obniża, jest to wtedy żółtaczka rozszczepiona, co równocześnie oznacza, że cierpienie jest pochodzenia miąższowego, a nie spowodowane niedrożnością. W większości przypadków marskości na tle zastoju żółci dużemu zatrzymaniu barwików żółciowych może towarzyszyć bardzo nieznaczne zatrzymanie soli. Naogół więc żółtaczki spowodowane niedrożnością cechują się równoległem zatrzymaniem soli i barwików żółciowych, podczas gdy w sprawach miąższowych przeważa rozszczepienie w zatrzymaniu składników żółci.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Choroby dziecięce w r. 1935 (przegląd roczny). (Les maladies des enfants en 1935). P. Lereboullet et Fr. Saint-Girons.

Paris Médical, Nr. 44, 1935.

Odżywianie niemowląt.

Niedożywianie nadal pozostaje największem niebezpieczeństwem dla niemowląt. Autorzy podkreślali to szereg razy. Przyczyną niedożywienia jest najczęściej wadliwie ułożona djeta, a szczególnie nadmierne ograniczanie mleka (zbyt pochopnie stosowane). O ile czasami odżywianie bezmleczne bywa pożyteczne w przewlekłych cierpieniach skóry, o tyle u dzieci do 6-ciu mies. wskazania do tego są wyjątkowo rzadkie. Naturalnie, często, zwłaszcza w drugiem półroczu życia, podaje się nadmiar mleka, i często zachodzi potrzeba znacznego ograniczenia tego pokarmu lecz mimo to, nie należy zapominać, że mleko pozostaje podstawowym pokarmem niemowlęcia. Nie należy zwłaszcza ograniczać mleka, nie wiedząc ściśle jakiemi pokarmami należy go zastąpić.

Jarzyny we Francji w odżywianiu niemowląt, nawet obecnie są stosowane w zakresie zbyt ograniczonym. Jarzyny, jako dodatek do mleka dają pokarm bogaty w sole mineralne i witaminy, i umożliwiają skuteczne leczenie różnych zaburzeń w odżywianiu; jarzyny stanowią część składową normalnego odżywiania niemowląt. Nie należy jednak dawać jarzyn przed 5-m mies. życia i należy dawać wyłącznie w postaci dobrze ugotowanej i przetartej doskonale papki. Nie należy jednak wpadać w krańcowość i podawać niemowlętom w pierwszych mies. życia codziennie jarzyny w postaci surowej.

Prowadząc dalej swe badania kliniczne i doświadczalne o awitaminozach *G. Mouriquand* odróżnia w nich fazy odwracalne i nieodwracalne. Dotyczy to szczególnie awitaminozy C. Z początku awitaminoza jest „utajoną", dopiero później występują objawy kliniczne; w końcowej fazie awitaminozy, w stanie biegunki, witamina C (kwas askorbinowy) jest zupełnie bezskuteczną i nie chroni od wyniszczenia i śmierci.

Choroby niemowląt.

G. Gelli w pracy poświęconej przemianie ergosterolu, dochodzi do wniosku, że ergosterol rozpuszczalny w wodzie lepiej wchłania się w ustroju, niż rozpuszczalny w tłuszczach.

W sprawie zwalczania krzywicy i tężyczki, *E. Wieland* uważa za najważniejsze ogólne przepisy higjeniczne obejmujące cały okres ciąży i pierwszy rok życia niemowlęcia. Dzieciom żywionym sztucznie najodpowiedniej dawać mleko naświetlane, dzieciom żywionym piersią preparaty witaminu D.

E. Gortez i J.J. Does sądzą, że drgawki u niemowlęcia w I kwartale życia często są pochodzenia tężyczkowego, za czem przemawia obniżenie poziomu wapnia, i dobre wyniki osiągnięte przez odpowiednie leczenie.

Brak łaknienia u niemowląt jest objawem często przez lekarzy spotykanym.*R. Mathieu* omawia brak łaknienia spostrzegany często w II-m półroczu życia u niemowląt karmionych mlekiem krowiem, i towarzyszące mu zaburzenia nerwowe, podkreślając lecznicze znaczenie jarzyn. Jeden z autorów artykułu, powracając do roli czynnika nerwowego przy braku łaknienia u niemowląt, stwierdza jego duże znaczenie, zwłaszcza przy uporczywem trwaniu braku łaknienia. Składa się nań nietylko wzmożona pobudliwość nerwowa dziecka, lecz także nerwowość otoczenia, a specjalnie matki. Nierozsądne zachowanie się otoczenia najczęściej podtrzymuje i nasila stan choroby u dziecka. Jako ostateczność pozostaje izolowanie dziecka od otoczenia rodzinnego.

P. Lerebullet, Lelong i Aimé omawiają wymioty u niemowląt wskutek połykania powietrza (aerophagia). Zjawisko to ma miejsce w granicach minimalnych przy pokarmach gęstych, a jest bardzo znaczne przy pokarmach płynnych; inne czynniki są prawie bez znaczenia. Zwracanie powietrza przez wpust żołądka nazewnątrz (eructatio) jest zjawiskiem patologicznem. Jedynie fizjologicznem jest przechodzenie powietrza z żołądka przez odźwiernik; sprzyja temu ułożenie niemowlęcia w ciągu ½ godziny po karmieniu na lewym boku. Leczniczo stosuje się także odżywianie mieszankami zagęszczonemi (uniemożliwiając nadmierne łykanie powietrza w czasie karmienia). Leczenie to jest szczególnie skuteczne u niemowląt w I-m półroczu życia.

Jako pokarmy zgęszczone można stosować:

1) mleko zagęszczone przez dłuższe gotowanie.
2) mleko skoncentrowane i sproszkowane.
3) twarożek z mlekiem i cukrem.
4) mączki różnego rodzaju.
5) przetarte jarzyny, owoce i budynie.

Pęcherzyca noworodków (pemphigus epidemicus neonatorum) jest cierpieniem nadzwyczajnie zakaźnem. Niektórzy sądzą, że zakażenie wywołuje nie paciorkowiec, lecz gronkowiec złocisty, bowiem istnieje częsty związek pomiędzy tem cierpieniem noworodka, a zakażeniami naczyń chłonnych i ropniami sutka u matki. Stosowanie zaraz po urodzeniu odpowiednich szczepionek (u-noworodka) ma dawać doskonałe wyniki. Pęcherzyca daje postać dobrotliwą i postać złośliwą, stanowiącą przejście do choroby Ritter'a (dermatitis exfoliativa neonatorum). Natomiast niema związku przyczynowego między pęcherzycą, a rumieniem złuszczającym u niemowląt (choroba Leiner'a-Maussous), której punktem wyjścia jest wyprysk łojotokowy (eczema seborrhoicum) uwłosionej skóry głowy, lub wyprzenie (intertrigo). Cierpienie to jest znacznie bardziej łagodne, chociaż uporczywe, gdyż towarzyszy często przewlekłym zakażeniom banalnym skóry w pobliżu naturalnych otworów ciała (biegunka, otitis, rhino-pharyngitis).

Choroby zakaźne.

Wg. *Pierret, Breton i Gambey'a* błonicę u niemowląt można rozpoznać jedynie robiąc systematyczne posiewy z noso-gardzieli. Przejawiać się klinicznie może ona wyciekiem z nosa, lecz także wg. autorów, może dawać ciężkie objawy ogólne (porażenia, biegunkę toksyczną, zapalenie płuc). Znaczenie odczynu Schick'a, jako wskaźnika odporności nie jest bezwzględne (E. *A. Underwood, F. Mersseman i P. Renard)* i lepiej szczepić wszystkie dzieci narażone na zakażenie. (także i Schick — ujemne). *S. Mouton-Chapet* omawia doskonałe wyniki szczepień osiągnięte w okręgu Meurthe — et — Moselle. Autor podkreśla ważny fakt: szczepienia znoszą zachorowalność dopiero wtedy, o ile liczba zaszczepionych zbliża się do pełnych 100%. Na terenie szpitalnym dobre wyniki daje następujące postępowanie, zapoczątkowane przez *P. Lereboullet'a:* każde wstępujące niemowlę jest badane na nosicielstwo laseczników błoniczych; każdy nosiciel zostaje izolowany, aż do otrzymania trzykrotnie, w odstępach trzydniowych, — wyników ujemnych posiewu. W międzyczasie odkażanie nosa odbywa się za pomocą zakraplania rozczynów organicznych związków arsenowych[1]).

W warunkach szkolnych zapobieganie zakażeniu jest bardzo trudne, gdyż wg. niektórych badaczy, dziecko chore na błonicę może powrócić do szkoły dopiero w 30 dni od wyzdrowienia klinicznego, i o ile dwukrotne posiewy w odstępie tygodnia są ujemne. O ile chory nie jest izolowany od innych dzieci, identyczna kwarantanna obowiązuje również te dzieci; o ile dziecko jest izolowane — inne dzieci powracają po 2-ch tygodniach, o ile dwukrotny posiew u nich wypadł ujemnie. Szybko mogą powrócić dzieci szczepione anatoksyną, lub te, które otrzymały surowicę zapobiegawczo.

Co się tyczy leczenia błonicy, to najważniejszą rzeczą jest jaknajwcześniejsze podanie wystarczająco dużej dawki surowicy; w przypadkach podejrzanych o błonicę nie należy czekać na wynik badania bakterjologicznego, tembardziej, że badanie to nie wyklucza błędów.

W leczeniu tężca u dzieci dobre wyniki otrzymali *L. Guillemot* i *Ed. Périer* stosując prócz surowicy przeciwtężcowej podskórnie i do kanału lędźwiowego, — awertynę w lawatywie. Środek ten podaje się w tężcu w dawce 0.1 na kilo wagi chorego; wywołuje on szybko głęboki sen, trwający kilka godzin. Dwa przypadki autorów wyzdrowiały. Inni autorzy stosują usypianie chloroformem i otrzymują nieraz doskonałe wyniki lecznicze. Należy dążyć do rozpowszechnienia metody szczepień przeciwtężycowych anatoksyną, tembardziej, że jak wykazał *Ramon* szczepienie to można łączyć ze szczepieniem przeciwdurowem.

[1]) Neo-salvarsan, acetyl-arsan (dop. ref.).

W schorzeniach durowych u dzieci notowano liczne powikłania nerwowe (meningitis, encephalitis, myelitis, polynevritis). Powikłania te znacznie pogarszają rokowanie.

Nawroty duru są częstsze u dzieci, niż u dorosłych; zdarzają się przeważnie w postaciach łagodnych i zwykle nie są groźne. Szczepienia przeciwdurowe należy stosować tylko u osób zupełnie zdrowych i nie mających śladów białkomoczu. Połączenie i jednoczesne szczepienie za pomocą anatoksyny błoniczej, tężcowej i durowo-paradurowej daje odporność w stosunku do tych zakażeń znacznie wyższą, niż szczepienie dokonywane oddzielnie. Postępowanie to w wojsku dało już doskonałe wyniki *(Dopter.).*

Odra występuje najczęściej w wieku od 2 — 6 lat. Śmiertelność ogólna wynosi 12% i dochodzi do 38,88% w I roku życia. Głównym czynnikiem śmiertelności jest zapalenie płuc. Zdarzają się także ciężkie powikłania nerwowe. (meningitis, encephalitis, myelitis). Wszystko to zmusza do zwrócenia uwagi na zapobieganie odrze.

Dotychczas jedyną metodą skuteczną jest wstrzykiwanie krwi osób, które przebyły odrę. Ponieważ wg. *J. Bourepaux, Cassoute, Montus i Riss'a* odporność uzyskana w ten sposób trwa znacznie krócej niż sądzono (4 — 5 dni, zamiast 15 — 20 dni), lepiej jest wstrzykiwać krew nie natychmiast po domniemanem zakażeniu, lecz w kilka dni później, dążąc w ten sposób nie do całkowitego zapobiegania, lecz do złagodzenia przebiegu odry. Do wniosków tych przychyla się *Debré* i autorzy artykułu.

Pojawiły się prace, które wykazują istnienie czasami małych epidemji choroby gośćcowej (ostrego reumatyzmu stawowego). Zakażenie ma odbywać się drogą noso-gardzieli. Niezbędny jest oczywiście czynnik indywidualny. Nawroty zaś cierpienia zależą od „ożywienia" starego zakażenia. Początek choroby nie rzadko symuluje ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, gdyż rozpoczyna się bólem w tej okolicy. (odczyn otrzewny analogiczny do odczynu w stawach). Równie trudne rozpoznanie nasuwa rzekomo — durowy początek cierpienia. Aczkolwiek niektórzy wyrażają wątpliwość w znaczenie swoiste leczenia salicylowego, autorzy sądzą, że leczenie to, o ile stosuje się długo, systematycznie i dużemi dawkami, wywiera wpływ korzystny nietylko objawowy, lecz wpływa pomyślnie na przebieg powikłań sercowych. *Morpuio* dochodzi do wniosku, że leczenie, w przypadkach powikłań sercowych, powinno trwać najmniej trzy lata, aby zapobiec nawrotem i osiągnąć polepszenie stanu serca.

Zakażenie kiłowe widuje się obecnie przeważnie złagodzone w swych objawach klinicznych („Le bel enfant syphilitique"). Mimo to, dziecko takie jest tylko pozornie zdrowe, i każda choroba dodatkowa stanowi dla niego ogromne niebezpieczeństwo (mors subita). Dzieci serologicznie chore muszą być dokładnie i długo leczone. Zapalenie kiłowe opon u dzieci jest cierpieniem rzadkiem, gdyż przypadek *R. Debré, J. Marie* i *A. Bernard-Pichon* stanowi siódmy przypadek znany[1]). Obraz kliniczny jest analogiczny z gruźliczem zapaleniem opon. Rozpoznanie opiera się na ujemnych odczynach tuberkulinowych, dodatnim WR, wyniku leczenia, zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Powstawanie jam gruźliczych u niemowląt nie jest wyjątkowe. *L. Babonneix* i *R. Ménétrel* stwierdzili u dziecka olbrzymią jamę w szczycie. *J. Huguet* i *M. Massot* obserwowali u niemowlęcia gruźlicę jamistą przy dobrym stanie ogólnym; obszerna pracę o gruźlicy jamistej u niemowląt podał *R. Poinso* (Pédiatrie 1935) [2]). Powiększenie śledziony jest częstym objawem w przebiegu gruźlicy dziecięcej. U dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym *M. Chassin* na dużym materjale stwierdził powiększenie śledziony w 31,3%; u dzieci z ujemnym odczynem tylko w 6,1%. Pozatem stwierdzenie powiększonej śledziony u niemowlęcia zakażonego gruźlicą ma niepomyślne znaczenie w rokowaniu (śmiertelność 36,7% i tylko 6,8% u niemowląt zakażonych, które nie wykazują powiększonej śledziony).

Szczepienie za pomocą BCG. robi dalsze postępy, i opinja większości pedjatrów jest dodatnią; szczególnie przekonywującą jest praca *Wallgren'a* (Journ. of. the Americ. med. Association 1934 i Paris. médical 1935). Dzięki szczepieniu (doskórnemu) za pomocą BCG. śmiertelność dziecięca w Göteborgu uległa imponującemu zmniejszeniu. W pracy autor odpowiada na większość zarzutów skierowanych przeciwko szczepieniu. Sprawa szczepień BCG. staje się obecnie aktualną nietylko w stosunku do niemowląt, ale i do dzieci starszych, a nawet dorosłych, bowiem wykazano za pomocą odczynów tuberkulinowych, że nawet w dużych miastach odsetek niezakażonych jest wysoki (w Paryżu u studentów medycyny i pielęgniarek 20 — 25%). Fakt ten wskazuje, jak często u dorosłych można spotkać się z pierwotnem zakażeniem gruźlicą.

Nowe badania ustalają coraz bardziej istniejący związek między zakażeniem i allergją gruźliczą, a rumieniem guzowatym. (erythema nodosum). *A. Wallgren* wykazał, że rumień guzowaty często poprzedza odczyny tuberkulinowe, zwiastując najwcześniej pierwotne zakażenie gruźlicą. Możliwe jest także, że przy występowaniu rumienia guzowatego u zakażonych dawniej, — jest on wyrazem nagłego przestrojenia allergji gruźliczej pod wpływem różnych bodźców, nawet nieswoistych.

Jerzy Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Bezpośredni i pośredni sposób podawania krwi w celach leczniczych. (La transfusion sanguine d'urgence). L. M a y e r.

Bruxelles — Médical, wrzesień 1935.

Przetaczanie krwi stosowane jest obecnie szeroko, tak, że prawie każdy oddział szpitalny ma znaczną liczbę tych przypadków, swoich stałych dawców i t p. Istnieją 2 sposoby wzmacniania sił chorego zapomocą podawania krwi ludzkiej dożylnie: 1) bezpośredni i 2) pośredni. Bezpośredni — jest to przetaczanie krwi z osobnika

---

[1]) J. Wiszniewski. Przypadek meningoencephalitis et neuritis optica luetica u dziecka 20-miesięcznego. „Pedjatrja Polska I.VIII. 1928.

[2]) E. Głowacki i J. Wiszniewski. Powstawanie i cechy jam gruźliczych u dzieci do lat 2-ch. „Gruźlica", 1935.

zdrowego do chorego, pośredni — jest to wstrzykiwanie dożylne choremu krwi, pobranej u osobnika zdrowego, z dodaniem do niej 5% cytrynianu sodu. Sposób pierwszy jest uważany za bardziej wartościowy, jeśli chodzi o efekt leczniczy, ze względu jednakże na technicznie znacznie większą dostępność drugiego sposobu, znajduje on większe zastosowanie. Owa dostępność tego drugiego sposobu polega na tem, że krew z cytrynianem sodu można przechowywać w lodowni przez dłuższy czas i mieć w każdej chwili do natychmiastowej dyspozycji. W celach doświadczalnych przechowywano krew z cytrynianem sodu przez 8 dni, potem wstrzyknięto ją wykrwawionemu zwierzęciu z wynikiem dodatnim. Samo wstrzykiwanie krwi z cytrynianem jest technicznie prostsze i może być wykonane w czasie operacji lub porodu.

Podawanie dożylne krwi znajduje obszerne zastosowanie w ginekologji i położnictwie, zarówno w przypadkach ostrej niedokrwistości w przebiegu ciąży pozamacicznej lub porodu, jak i w niedokrwistości przewlekłej (długotrwałe krwotoki z narządów rodnych), jak wreszcie w przypadkach zakażenia ogólnego.

Aby uniknąć powikłań po podawaniu dożylnem krwi, należy uprzednio przeprowadzić próbę bezpośrednią Jeanbrau; dotyczy to nawet krwiodawców grupy O. Przy kilkakrotnem podawaniu krwi temu samemu choremu stale od jednego dawcy — należy próbę tą powtarzać za każdym razem. Niezależnie od obowiązku zachowania tych ostrożności, pamiętać należy, że u pewnej grupy ludzi z zaburzeniami koloidoklastycznemi (astma, pokrzywka i tp.) istnieje nietolerancja na wszelkie rodzaje wprowadzonego białka, która w rezultacie dać może, nawet po podaniu krwi grupowo odpowiedniej, niebezpieczny dla chorego wstrząs anafilaktyczny.

Leczenie kostniaków. (Du traitement des ostéomes). P h é l i p et D i l l e n s e g e r.

La Presse Méd. Nr. 77, wrzesień 1935.

Kostniaki są to dobrotliwe guzy kości, powstające najczęściej pod wpływem urazów. Przypuszczalnie powstają one na tle starych krwiaków przykostnych. Guz taki zmniejsza znacznie sprawność kończyny, uciska na nerwy i naczynia, to też często daje on wskazania do operacyjnego usunięcia go. Jakkolwiek jest to guz zasadniczo dobrotliwy, może on dawać nawroty miejscowe, jeśli wszystkie młode elementy tkankowe nie zostaną przy operacji usunięte. W zależności od okresu rozwoju guza, należy go odpowiednio przygotować do operacji.

Kostniak rozwija się odśrodkowo t. zn. elementy tkankowe bliżej środka guza są skostniałe, natomiast na obwodzie znajdują się młode elementy tkankowe, częściowo ulegające kostnieniu, częściowo będące dopiero w okresie rozwoju. Rentgenologicznie zarys guza w tym czasie jest niewyraźny, mglisty, cień guza — znacznie mniejszy od guza w rzeczywistości. W miarę dojrzewania, wzrost guza ustaje i wszystkie tkanki ulegają skostnieniu. Jest to najlepszy okres do operacji. Chcąc wcześniej uzyskać te warunki, autor stosuje naświetlania rentgenowskie kostniaka, dając serję naświetleń w ciągu 6 — 8 tygodni, w sumie 2500 r. Pod wpływem promieni X elementy młode, kościotwórcze zanikają i ulegają wessaniu, pozostają więc tylko komórki skostniałe: wzrost guza ustaje — guz „zamiera". Czasami naświetlania te powodują całkowite zniknięcie guza. W innych przypadkach, po naświetleniu, cień guza na kliszy rentgenowskiej zarysowuje się ostro i wyraźnie. Wówczas dopiero usuwa się guz z łatwością, przyczem z kości należy zdłutować podstawę guza, a krwawienie dokładnie zatamować. Usunięte części należy zbadać histologicznie. W razie stwierdzenia obecności młodych komórek kościotwórczych, należy miejsce po usuniętym guzie naświetlić promieniami Roentgena.

Wracając do etjologji powstawania kostniaków, trzeba zaznaczyć, że w przypadkach powrotnych krwiaków przykostnych należy być oględnym we wczesnem stosowaniu miesienia i uruchomienia kończyny, gdyż sprzyja to następowemu powstawaniu kostniaków. We wczesnych okresach takich krwiaków stosowanie naświetlań rentgenowskich przyśpiesza wessanie się wylanej krwi i tem samem zabezpiecza do pewnego stopnia od powstawania następowych kostniaków.

Przypadek rozlanego zapalenia otrzewnej po samoistnem przedziurawieniu roponercza na tle kamicy do wolnej jamy otrzewnowej. (P e r i tonite diffuse par perforation d'une pyonéphrose calculeuse). C o u v e l a i r e.

Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 20, czerwiec, 1935.

U chorej 40-letniej, bez żadnych dotąd dolegliwości, wystąpiły nagle silne bóle w prawej połowie brzucha, gorączka i wymioty. Po natychmiastowem przewiezieniu chorej do szpitala, stwierdzono: stan chorej ciężki, tętno 130 na 1', temperatura 39,5°; wzmożone napięcie powłok brzusznych i bolesność uciskową brzucha, największą w dolnej prawej części brzucha; przy badaniu przez pochwę — bolesność uciskową okolicy zatoki Douglasa; okolice lędźwiowe przy obmacywaniu zmian nie przedstawiały. Badanie moczu zmian nie wykazało. Rozpoznano rozlane zapalenie otrzewnej z punktem wyjścia bądź to ze zmienionego zapalnie wyrostka robaczkowego, bądź też pęcherza żółciowego. Przystąpiono wobec tego do operacji. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono w niej wolny płyn ropny, oraz znacznie powiększoną nerkę prawą, wypełnioną ropą, która wylewała się do jamy otrzewnowej poprzez otwór w okolicy górnego bieguna nerki. Nerkę usunięto od strony jamy otrzewnej i powłoki brzuszne zeszyto z pozostawieniem w miejscu po usuniętej nerce worka Mikulicza. Po operacji stan chorej znacznie się poprawił, jednakże na czwarty dzień, naskutek zapalenia płuc, nastąpiło pogorszenie i zejście śmiertelne. Badanie usuniętej nerki wykazało obecność kilku kamieni w miedniczce nerkowej, oraz wypełnienie wszystkich prawie kielichów nerkowych ropą. Moczowód był w zaniku.

Opisując ten przypadek, autor zaznacza, że ustalenie właściwego rozpoznania było tutaj b. trudne ze względu na brak zmian w moczu i brak jakiejkolwiek bolesności w okolicy nerek. Brak zmian w moczu tłumaczy autor niedrożnością moczowodu chorej nerki, brak zaś bólów w okolicy chorej nerki — tem, że bolesność nerki powstaje wskutek rozciągania torebki, co przy pęk-

nięciu nerki i wytworzonej komunikacji z jamą otrzewnej — nie miało miejsca.

Przypadki jak wyżej są rzadkie i ciężkie; opisano ich dotychczas 11, z czego większość zakończyła się zejściem śmiertelnem. Najlepsze wyniki daje tu usunięcie nerki, po uprzedniem upewnieniu się co do istnienia drugiej, i sączkowanie jamy brzusznej sposobem Mikulicza.

Czasowe pozostawianie sączków gazowych w zamkniętej całkowicie jamie otrzewnej w przypadkach jej zapalenia wysiękowego. (Le „drainage perdu" en chirurgie abdominale). F r. D e l v a u x.

Le Journ. de Méd. de Lyon, grudzień 1935.

Otrzewna jest narządem b. odpornym naogół na zakażenie i zwalczającym je skutecznie. Jednakże, zdolności obronne otrzewnej uzależnione są w znacznym stopniu od tego, czy jama otrzewnowa jest jamą zamkniętą. Wszelka bowiem komunikacja jamy otrzewnowej ze światem zewnętrznym osłabia jej siły obronne. Dąży ona wówczas do jaknajszybszego wytworzenia zrostów, przerywających komunikację ze światem zewnętrznym. Wobec tego autor uważa, że w większości wypadków zapalenia wysiękowego otrzewnej, po usunięciu operacyjnem przyczyny tego zapalenia (wyrostka rob., pęcherza żółc. itp.), należy powłoki brzuszne zaszywać całkowicie, bez pozostawiania jakichkolwiek sączków. Sączki, włożone do jamy brzusznej i wyprowadzone nazewnątrz, właściwie nie sączkują, natomiast jako ciało obce pobudzają otrzewną do zrostów dokoła sączka i wzmożonego wydzielania w tem miejscu płynu zapalnego. Wyprowadzając jednak nazewnątrz tę wydzielinę, zawierającą przeciwciała obronne, osłabiają jednocześnie efekt leczniczy sączkowania i prócz tego grożą dodatkowem zakażeniem z zewnątrz. — W stanach szczególnie intensywnego zakażenia otrzewnej autor uważałby za celowe pobudzanie otrzewnej do jaknajsilniejszej reakcji obronnej przez czasowe pozostawianie w jamie otrzewnej w okolicy punktu wyjścia zakażenia serwet gazowych, przy jednoczesnem całkowitem zamknięciu jamy brzusznej pojedyńczemi szwami. Po kilku dniach szwy te możnaby zdjąć i stopniowo ostrożnie gazę usunąć.

Zasadę czasowego pozostawiania sączków z całkowitem zaszyciem rany wypróbował autor w kilku przypadkach ropnego zapalenia opłucnej. Wprowadził on na przeciąg 5 — 6 dni 2 — 4 metrów gazy do jamy ropniaka i ranę zaszywał doszczętnie. Uzyskiwał tą drogą skrócenie okresu gojenia się ropniaka.

Wstrzykiwanie surowicy przeciw pałeczce okrężnicy — jako uzupełnienie leczenia operacyjnego ciężkich przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. (Le probléme des appendicites graves ou compliquées de péritonite aiguë). H. V i n c e n t.

Le Journ. de Méd. de Lyon, grudzień 1935.

Liczne prace kliniczno-bakterjologiczne dowodzą, że najczęściej spotykanym i najczynniejszym drobnoustrojem w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, jak i następowego zapalenia otrzewnej, jest pałeczka okrężnicy. Jest to drobnoustrój, który żyjąc w jelitach w warunkach prawidłowych jako saprofit, staje się odporny na działanie samoobronne organizmu w przypadkach, w których dostaje się on poza jelita bądź to drogą krwi, bądź bezpośrednio przez uszkodzoną ścianę jelita, i rozwija się nawet w takich warunkach, w jakich giną inne towarzyszące mu drobnoustroje. Autor stwierdził obecność pałeczki okrężnicy w 94,73% przypadków badanych płynów ropnych z jamy otrzewnowej. To też już od 1925 r. stosuje on w ciężkich, a zwłaszcza w powikłanych ropnem zapaleniem otrzewnej przypadkach surowicę swoistą i w wielu zdawałoby się beznadziejnych stanach uzyskuje w ten sposób wyniki dodatnie. Dodatni wpływ surowicy zaznacza się szczególnie w przypadkach operowanych późno: na 3-5-ty, a nawet 9-ty dzień od wystąpienia ostrych objawów zapalnych, które to przypadki dawały dotychczas 100% śmiertelności — przy stosowaniu surowicy śmiertelność zmniejszyła się do 54, 54%.

Surowicę podaje autor podskórnie, dożylnie i dootrzewnowo — w czasie i po zabiegu — 80 — 100 cm³ na dawkę, dożylnie — rozcieńczoną w płynie fizjologicznym (100:150) i ogrzaną przed wstrzyknięciem do 38°. Wstrzykiwania powtarza codziennie, aż do chwili uzyskania wyraźnej poprawy stanu chorego, zmniejszając stopniowo dawkę surowicy do 60 — 40 cm³. Dodatnie działanie surowicy występuje już po 12 godzinach i zaznacza się przedewszystkiem poprawą tętna (zwolnienie częstości i wzmożenie napięcia) i poprawą samopoczucia i wyglądu chorego. Gorączka opada dopiero po kilku dniach.

W razie stwierdzenia w płynie wysiękowym obecności innych jeszcze drobnoustrojów, do surowicy przeciw pałeczce okrężnicy dodaje się jeszcze surowicę przeciw danym drobnoustrojom.

Otrzymane przez autora wyniki lecznicze upoważniają go do szerokiego stosowania tego sposobu leczenia, zwłaszcza w lecznictwie na wsi, gdzie przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego dostają się do rąk lekarza już zaniedbane i naogół w stanie niezmiernie ciężkim.

Przyczynek do powstawania stawów rzekomych w przypadkach zachowawczego leczenia wewnątrztorebkowych złamań szyi kości udowej. (Considérations sur les causes de la production des pseudoarthroses dans les fractures trancervicales du col du fémur). G. R o u s s e a u, C. A d a m e s t e a n u.

La Presse Méd. Nr. 96, listopad 1935.

Operacyjne leczenie wewnątrztorebkowych złamań szyi kości udowej daje w 65 — 75% wyniki dobre, natomiast przy ich leczeniu zachowawczem — otrzymuje się tylko 50% dobrych wyników. W pozostałych przypadkach nie dochodzi do zrostu kostnego — powstają t. zw. stawy rzekome. Autor przytacza opis 2 przypadków, leczonych przez siebie zachowawczo, w wyniku którego powstały stawy rzekome. Oba dotyczyły ludzi młodych i zdrowych, u których należałoby się spodziewać raczej dobrego zrostu. W przypadkach tych, po zestawieniu odłamów kończynę unieruchomiono w opatrunku gipsowym typu Ducroqueta, w pozycji Whitmana t. j. w odwiedzeniu i skręceniu ku wewnątrz. Przyczynę braku prawidłowego zrostu upatruje autor w sposobie ustawienia kończyny chorej i tłumaczy to w następujący sposób: odwiedzenie kończyny i skręcenie jej ku wewnątrz powoduje silne naciągnięcie mię-

śni: biodrowego, przywodzących udo, krawieckiego i grupy zginaczy podudzia (semimembranosus, semitendinosus, gracilis). Te skolei, kurczą się, pociągają odłam dolny ku górze i przemieszczają odłamy w stosunku do siebie, skutkiem czego zrostu kostnego nie otrzymuje się. Jakkolwiek wspomniane wyżej ustawienie kończyny jest konieczne do prawidłowego zestawienia odłamów, to jednak nie zapewnia ono ich trwałego utrzymania w tej pozycji. Zdjęcia rentgenowskie wykonane w czasie, kiedy kończyna była w opatrunku gipsowym, wykazały stopniowe przesuwanie się dolnego odłamu ku górze pod działaniem siły mięśni. Jednocześnie na zdjęciach tych zauważyć się dawało odwapnienie kości (osteoporoza), które również wpływało ujemnie na kostnienie blizny międzyodłamowej, a tem samem sprzyjało powstawaniu stawu rzekomego.

O fakcie tym należy pamiętać przy wyborze sposobu leczenia wewnątrztorebkowych złamań szyi kości udowej.

Nowy sposób leczenia ostrych i rozległych zapaleń szpiku kostnego żuchwy. (Un nouveau traitement des ostéomyélites aiguës à forme envahissante du maxillaire inferieur). M. D a r c i s s a g.

Bull. et Mem. de la Soc. des Chir. de Paris Nr. 8, maj 1935.

Leczenie ostrych i rozległych zapaleń szpiku kostnego żychwy ograniczało się dotychczas jedynie do leczenia zachowawczego — wyczekującego. Ten sposób przedstawia, jednakże, duże niebezpieczeństwo rozszerzenia się zapalenia na całą kość i utraty przez chorego całej żuchwy, jak to widać z opisów przytoczonych przez autora 2 przypadków, leczonych zachowawczo. Wręcz odmienne postępowanie zastosował autor w następnych opisanych 3 przypadkach. W przypadkach tych, po ustaleniu rozpoznania na podstawie zdjęć rentgenowskich i szeregu objawów klinicznych — zazwyczaj w 3-cim tygodniu choroby — wszystkie zmienione części kości wyskrobano ostrą łyżką od strony jamy ustnej, po uprzedniem przecięciu podłużnem śluzówki i odsunięciu jej na boki. Ściany powstałej w ten sposób jamy podłużnej w kości zwilżano kwasem trójchlorooctowym, a to ze względu na jego działanie hemostatyczne i przeciwgnilne. Ażeby brzegi przeciętej śluzówki dziąseł nie zrosły się przedwcześnie, t. zn. przed wypełnieniem ziarniną jamy kości, wkładano do tej jamy na drugi dzień po operacji odpowiednio wymodelowaną szynę cynową. Szynę tą wyjmowano jedynie w czasie przepłókiwania rany przy opatrunkach, usuwano ją zaś dopiero po kilku tygodniach. Ten sposób postępowania zapobiegał: 1) szerzeniu się procesu zapalnego na trzon żuchwy i powstawaniu powikłań zapalnych w tkankach miękkich, 2) zapewniał łatwe oddzielanie się i wydalenie wraz z ropą martwaków, które ewentualnie tworzyłyby się po operacji.

Autor otrzymał we wszystkich 3 leczonych w ten sposób przypadkach szybkie wygojenie się rany, pomimo usunięcia dużej części kości wskutek zmian zapalnych. Regeneracja kości była na tyle dostateczna, że żuchwa zachowała swój kształt prawidłowy, co umożliwiło następowe zastosowanie protezy.

J. Czyżewska

CHOROBY OCZU.

Etjologja i patogeneza zapaleń tęczówki. (Etiologie et pathogénie des iritis). L. G e n e t.

Journal de médecine de Lyon 20 mars 1935.

Etjologja. Pomiędzy chorobami oczu zapalenie tęczówki jest cierpieniem spotykanem dość rzadko, gdyż, jak wynika z danych statystycznych, zaledwie 2% do 3% schorzeń ocznych przypada na iritis.

Iritis oznacza przypadek, w którym główna akcja toczy się na poziomie tęczówki, mówiąc ogólnie, jest zakażeniem miejscowem w oku. Słowo „zakażenie" użyto nieściśle i w znaczeniu bardzo szerokiem, nie zawiera bowiem wszystkich przyczyn zapalenia tęczówki, przyczyn b. rozmaitych i trudnych do sklasyfikowania.

Niektórzy autorowie dzielą zapalenia tęczówki na p i e r w o t n e i w t ó r n e. Podział powyższy nastręcza wiele sposobności do sporów, ponieważ do grupy zapaleń pierwotnych zaliczono wszystkie przypadki powstałe jako skutek chorób ogólnych począwszy od kiły, po przez reumatyzm, ropotok i t. d., kończąc na gruźlicy.

„Pierwotność" ich jest tylko pozorna. Zapalenia tęczówki wtórne są rezultatem ciągłości sprawy zapalnej narządu sąsiadującego z tęczówką i t. o.

Inny podział, cieszący się większym uznaniem, rozróżnia zapalenia tęczówki powstałe z przyczyn wewnątrzpochodnych, ogólnych i przyczyn zewnętrznych, jak np. uraz bądź samej tęczówki, bądź też jej sąsiedztwa.

Autor artykułu jest zwolennikiem powyższego podziału, nadmienia przytem, że pewne postaci iritis mają etjologję złożoną i z trudem mieszczą się w ramki przyjętej klasyfikacji. Są to przypadki zapalenia tęczówki pochodzenia wewnętrznego, np. w następstwie półpaśca, jak również przypadki iritis sympathica.

1. Zapalenie tęczówki wewnątrzpochodne.

Grupę poniższą otwiera kiłowe zapalenie tęczówki. Jest to postać najczęściej spotykana, pojawiająca się naogół współcześnie ze zmianami chorobowemi na skórze i śluzówkach, lub też nieco później po zmianach skórnych.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że iritis syphilitica spotyka się w dowolnem stadjum choroby i w dowolnym wieku (również płodowem: dzieci przychodzą na świat z tylnemi przyczepinami i zarośnięciem źrenicy).

W lues hereditaria występuje najczęściej pomiędzy 3 i 6 miesiącem życia jako ostre zapalenie jednocześnie z wtórnemi objawami kiłowemi.

Najczęściej jednak iritis syphilitica występuje u dorosłych z kiłą nabytą. Częstość występowania kiłowego zapalenia tęczówki jest według różnych autorów rozmaicie oceniana i waha się od 18% do 75%.

I r i t i s r h e u m a t i c a posiada etjologję mniej wyraźną. Słowo „reumatyzm" utraciło swe ścisłe znaczenie; obecnie słowem tem określamy zespół chorobowy, w którym objawy ze strony stawów są na pierwszym planie.

Należy rozgraniczać, przynajmniej klinicznie, ostry reumatyzm stawowy, długotrwałą postać gorączkową choroby *Bouillaud,* będący napewno

przyczyną ostrego zapalenia tęczówki — są to jednak przypadki rzadko spotykane.

Rozdział o zapaleniach tęczówki pochodzenia reumatycznego (objawy stawowe) odznacza się niezwykłą różnolitością; poniżej spotykamy np. iritis blennorhoica, które mogą towarzyszyć bóle stawowe. Należy strzec się przed wiarą, że ustalono etjologję zapalenia tęczówki, klasyfikując je jako zapalenie reumatyczne, jedynie na tej podstawie, że chory skarży się na przejściowe bóle stawowe.

Iritis blennorhoica była przyczyną licznych badań, częstość powstawania gorąco dyskutowana.

Pojawia się w kilka dni do 3 miesięcy po wycieku początkowym, może jednak powstać i znacznie później, gdy wyciek dawno ustąpił.

Jest to cierpienie stosunkowo rzadkie, według prof. *Rollet* stanowi około 5% schorzeń tęczówki. Może przebiegać bez schorzenia stawów (rzadko), częściej jest powikłane przez arthritis, najczęściej jednak przebiega wraz z innemi schorzeniami ocznemi jak: conjunctivitis metastatica, dacryoadenitis, lub też z objawami ogólnemi — endocarditis.

W statystyce amerykańskiej iritis blennorhoica stanowi 1% schorzeń tęczówki. W powyższej statystyce na 200 przypadków „reumatyzm" nie figurował ani razu.

Iritis tuberculosa parenchymatosa (bez granulacyj gruźliczych, bez gruzełków) według *Rollet* i *Colrat* istnieje bądź jako I stadjum gruźlicy oka, bądź jako postać pozostająca w stosunku nieokreślonym do zwykłego zapalenia. Schorzenie ma wygląd banalny.

Fousagrives w pracy swej zbadał proste zapalenie gruźlicze tęczówki. Przytacza spostrzeżenia osobiste cierpiących na gruźlicę płuc i kości wraz z jednocześnie przebiegającem zwykłem zapaleniem tęczówki jedno lub obuocznem, w którem nie doszło do specyficznego obrazu, tak charakterystycznego dla gruźlicy.

Szkoła niemiecka *(von Hippel, Bruckner, Stock, Igersheimer)* przyjmuje, że zwykłe zapalenie tęczówki może być pochodzenia gruźliczego w 58% do 91% przypadków.

Iritis diabetica. Pochodzenie wyłącznie cukrzycowe w iritis diabetica było przez niektórych autorów zaprzeczane, jednocześnie liczne publikacje położyły fundament, stwierdzający wyłącznie cukrzycowe podłoże omawianego zapalenia tęczówki. (Jedną z pierwszych była praca *Kamockiego* w 1882 roku — przypisek referenta).

Prace *Lebera, Badala, Gałęzowskiego* etc potwierdziły słuszność powyższego zapatrywania.

Według *Badala* 6% do 7% diabetyków cierpi na zapalenie tęczówki, według *Koeniga* 3% do 4% zapaleń tęczówki spotykamy u chorych na cukrzycę. Statystyka *Gałęzowskiego* jest prawie identyczna.

Dla iritis albuminurica należy szukać przyczyn zakaźnych, trujących lub naczyniowych, które wywołują cierpienie nerek. W ostrych chorobach zakaźnych zapalenie tęczówki było spotykane bardzo często. W gorączce powrotnej częstość iritis waha się w zależności od nasilenia epidemji, podobnie jak w grypie. Ospa może dać początek zapaleniu tęczówki o różnorodnej postaci klinicznej.

Meningitis cerebro spinalis epidemica, ropne zakażenia (chirurgiczne i położnicze) naogół nie powodują zapalenia tęczówki jako takiego, lecz raczej są przyczyną ropnego zapalenia jagodówki.

Zapalenie tęczówki możemy spotkać w zapaleniu płuc, opon mózgowych i róży. Stosunkowo rzadko w durze brzusznym, osutkowym, ospie wietrznej, cholerze, śwince, gorączce powrotnej, odrze, malarji.

Wannemann opisał iritis infectiosa tropica bez sprecyzowania etjologicznego.

Przypadek iritis leucaemica był opisany wraz z uwagą, że etjologja jego jest sporną, ponieważ chodziło o zapalenie tęczówki gruzełkowe, które można rozpatrywać jako pochodzenia gruźliczego.

Iritis leprosa jest dość częsta. *Lyderbarten* w Norwegji częstokroć spotykał u trędowatych nawroty zapalenia tęczówki. Nakoniec były opisane przypadki iritis wewnątrzpochodne, wywołane przez cysticercus filaria. Oddzielne miejsce należy się iritis torpida „quiet iritis" *Hutchinsona*, „uveite" *Grandciément* — istota tego zapalenia pozostaje nadal niewyjaśniona.

W przytłaczającej większości przypadków spostrzegana jest u kobiet (97%), częstokroć w okresie menopauzy, najczęściej pomiędzy 45 i 50 rokiem życia. Przebieg zapalenia jest ciężki, spotęgowany przez bezsilność naszą wobec postępującego przebiegu sprawy chorobowej.

Zakażenia opisane pod nazwą utajonych, jako punkt wyjścia mające górne drogi oddechowe, płuca, woreczek żółciowy, skórę, drogi moczowe, narząd trawienia, wyrostek robaczkowy, drogi żółciowe, wywołać mogą zapalenie tęczówki.

Iritis sympatica pod postacią zwykłego zapalenia spotyka się rzadko, istnieje jednak i może być zaliczona zarówno do postaci wewnątrz jak zewnątrzpochodnych.

2. Zapalenia tęczówki zewnątrzpochodne.

Uraz przypadkowy lub operacyjny częstokroć jest przyczyną zapalenia tęczówki. Wiemy, jak często spotykamy słaby napad zapalenia tęczówki, jako skutek operacji zaćmy, bądź w postaci gwałtownego odczynu tęczówki, bądź bardzo nieznacznego, lub tak słabego, że dopiero lampa szczelinowa pozwoli nam stwierdzić stan chorobowy tęczówki. Rany przenikające, ciała obce: odłamki kamieni, śrutu, zwykłe ciała obce rogówki, szczególnie jeśli tkwią przez pewien czas, mogą spowodować stan zapalny tęczówki.

Podobnie przedstawia się sprawa z oparzeniami chemicznemi: zasadami, wapnem, kwasami. Przedewszystkiem jednak w wypadkach zakażenia rogówki lub spojówki spotykamy się z zapaleniem tęczówki: wrzód ropny rogówki (również bez hypopyon), opryszczka rogówki i nakoniec i przedewszystkiem zakaźne zapalenie spojówki o znacznej toksyczności, jak conjunctivitis blennorhoica, diphteritica lub nawet zwykłe zapalenie spojówki wywołać mogą iritis.

Zakażenie sąsiedztwa, zakażenia zwane ogniskowemi, mogą być punktem wyjścia iritis. Znana jest ważność przypisywana przez niektórych autorów zębom, jako miejscu wyjścia przyczyny iritis (8% zapaleń tęczówki jest pochodzenia zębowego według statystyki amerykańskiej). Próchnica zębów zdaje się tu odgrywać mniejszą rolę, ropotok zębodołowy natomiast jest znacznie częściej uważany za przyczynę iritis.

Wiadomości o roli, jaką odgrywa zakażenie sąsiedztwa są stare. W 1859 roku *Chassaignac* opisał przypadek cachexia buccalis, *Lejart* — cachexia dentalis, *Tellier* z Lyonu w 1903 roku spostrzegł wiele schorzeń wtórnych, powstałych skutkiem zakażenia zębowego.

Kiedy *William Hunter* spopularyzował powyższe pojęcie w Ameryce, było ono już mocno ugruntowane w patologji ogólnej. Wiadomo, że *Dor* w Lyonie i *Fromaget* w swem doniesieniu na posiedzeniu Tow. oftalmologów francuskich w 1924 roku sprecyzowali powyższe zagadnienie. Jamy i nos zdaje się odgrywają mniejszą rolę w powstawaniu sprawy zapalnej tęczówki.

Autorowie amerykańscy skłonni są przypisywać migdałkom, jako źródłu sprawy chorobowej, duże znaczenie. Statystyki amerykańskie podają w 37% częstość spraw chorobowych pochodzenia migdałkowego. Nakoniec wspomnieć należy o zapaleniach tęczówki powstałych przy odwarstwieniu siatkówki, mięsaka naczyniówki, glejaku siatkówki, jak również iritis uzależniona prawdopodobnie od pozostałości mas soczewkowych w zaćmach urazowych.

3. Zapalenia tęczówki pochodzenia nerwowego w następstwie półpaśćca.

W półpaśćcu jako jeden z objawów ze strony oka spostrzegać możemy iritis, jak również spotykamy zapalenie tęczówki w przypadkach keratitis neuro-paralitica.

4. Etjologja złożona.

W pewnych przypadkach liczne przyczyny usposabiające lub powodujące mogą u niektórych osobników łączyć się i wywoływać iritis. Znane są przypadki zapalenia tęczówki u osobników chorych jednocześnie na reumatyzm, kiłę i gruźlicę. Możliwem jest, że w większości wypadków w praktyce trudno jest wytropić istotną przyczynę zapalenia, że znajdujemy się w obliczu etjologji złożonej, w której liczne elementy wpływają na powstanie iritis.

Tą oto etjologją złożoną należy, zdaniem autorów, tłomaczyć trudności, jakie napotykamy w praktyce przy sprecyzowaniu rozpoznania iritis u osobników starszych.

Przyczyny usposabiające.

Częstość zapadalności na iritis jest w wieku średnim i starszym większa, niż w wieku młodym. Dziecko rzadko choruje na iritis, są to przeważnie zapalenia pochodzenia urazowego, budzące w nas niepokój ze względu na możliwość zapalenia sympatycznego.

W połowie przypadków iritis pozostaje jednostronną.

Płeć zdaje się odgrywać pewną rolę. U kobiet spotykamy wspomnianą wyżej iritis torpida; *Wecker* wspomina o iritis metritica (punktem wyjścia pochwa, macica, tuba Fallopii).

Nakoniec na powstanie iritis należy podkreślić wpływ czysto mechaniczny: uderzenie w gałkę może spowodować zapalenie tęczówki (znaczenie lekarsko-prawne).

Wszystko, co wywołuje przekrwienie na poziomie oka, może usposabiać do zapalenia tęczówki: oziębienie, nasłonecznienie, przeciążenie pracą, uszkodzenia nerwu trójdzielnego.

PATOGENEZA.

Patogeneza zapaleń tęczówki wewnątrz — pochodnych.

W zapaleniach tęczówki wewnątrzpochodnych czynnik zakaźny, lub trującozakaźny dostaje się drogą naczyń krwionośnych do tęczówki. Zakażenie jest wewnątrz-krwiopochodne. Zakażenie powstaje dzięki circulus arteriosus iridis, nie bywa nigdy zapalenia tęczówki bez zapalenia ciałka rzęskowego, ani odwrotnie.

Czynnik zakaźny z naczyń tęczówki przenika przez ściany naczyń do miąższu tęczówki. Dlaczego czynnik zakaźny umieszcza się z predyspozycją w tęczówce nie wiemy napewno. Przypuszczano, że tęczówka stanowi locus minoris resistentiae, doszukiwano się specjalnego usposobienia ustroju, usposobienia wrodzonego lub nabytego.

Wstrzykując zwierzętom do tętnicy szyjnej martwe prątki gruźlicze otrzymywano zapalenie tęczówki typu gruźliczego.

Stock po wstrzyknięciu do żył królików hodowli gruźliczych, otrzymywał zapalenia tęczówki z udziałem lub bez rogówki, zapalenia o postaci bądź gruzełkowej, bądź zwykłej.

W 1911 roku *Sidner - Huguenin* badając płyn przedniej komory chorych na gonokokowe zapalenie tęczówki, stwierdził w 5 przypadkach na 9 wynik dodatni szczepienia posiewów na krwi.

Jeśli chodzi o istotę zakażenia, to sprawa ta pozostaje nadal złożoną i mamy do czynienia bądź ze specyficznym zarazkiem, który zaszczepił tęczówkę, bądź z exotoksynami lub endotoksynami zwolnionemi przez rozpad ciał bakteryjnych. Dla gruźlicy i rzeżączki sprawa zakażenia tęczówki może być doświadczalnie stwierdzona. Jest bardzo prawdopodobne, że w iritis syphilitica mamy do czynienia ze sprawą analogiczną.

W poszukiwaniach patogenezy zapalenia „reumatycznego” tęczówki natrafiamy na fakty dotychczas pozostające w mroku.

Ostry gościec stawowy, dający oprócz porażenia stawów objawy ze strony serca może wywołać, jak powiedziano wyżej — ostre zapalenie tęczówki. Trafia się to rzadko, w wypadku pozytywnym jednak możemy przyjąć ten sam sposób zakażenia, jak w kile, gruźlicy i rzeżączce.

Cóż można powiedzieć o iritis i uveitis *Grandclément?*

Fakt, że cierpienie to rozwija się wyłącznie u kobiet pomiędzy 17 a 50 rokiem życia, a więc w okresie aktywności płciowej, pozwala mniemać o uczuleniu tęczówki tajemniczą substancją gruczołów wydzielania wewnętrznego, powodującą stan zapalny.

W odniesieniu do iritis diabetica podnoszono rolę kiły lub gruźlicy w powstawaniu tego cierpienia, autor artykułu uważa, że nie jest wykluczone powstanie iritis diabetica wyłącznie dzięki cukrzycy bądź jako takiej, bądź łącznie z białkomoczem.

Pozatem na tkankę tęczówki wpływają ujemnie bakterje.

Autorzy amerykańscy stwierdzili w chorobach roślin obecność pewnych zarazków przesączalnych, krystalizujących się, wobec tego odpornych na ciepło. Wspomniane zarazki, które mogą być zaliczone do fermentów, będąc w kontakcie z komórką żywą, uszkadzają takową w sposób podobny do działania niszczącego drobnoustrojów, bądź ich jadów.

Patogeneza zapaleń tęczówki powstałych z przyczyn zewnątrzpochodnych..

Zapalenie tęczówki powstałe po urazie może być rozpatrywane jako bezpośrednie wszczepienie na tkance tęczówki.

Częstość zrostów tylnych, jak o tem możemy przekonać się przy pomocy lampy szczelinowej, powstałych w następstwie przeprowadzonej lege artis operacji zaćmy, uprawnia do pytania, czy rozpad szczątków soczewki w płynie przedniej komory nie może wywołać, zgodnie z zapatrywaniem Prof. de *Lapersonne* prawdziwego zapalenia gałki anafilaktycznego, wywołanego przez ciała białkowe soczewki. Podobnie się ma sprawa w zapaleniach tęczówki, powstałych w następstwie zaćm urazowych.

Zapalenia tęczówki towarzyszące zakażeniom przedniego odcinka mogą być rozpatrywane jako wywołane przejściem substancji zakaźnej lub trującej z bezpośredniego sąsiedztwa.

Iritis, którą widzimy czasami przy odwarstwieniu siatkówki, jest wywołana najczęściej przez czynnik nieznany, w niektórych przypadkach możliwą jest przyczyna identyczna z przyczyną odwarstwienia, jak np. gruźlica, kiła.

Dla zapaleń powstałych z przyczyny zębowej, przyjąć można, że zakażenie przenosi się z sąsiedztwa.

Według *L. Dor* streptococcus viridans jest zarazkiem, który zwykle powoduje obrzęk na pewnej od siebie odległości, tą drogą zarazki mogą dotrzeć do oka.

Znaną jest wybitna rola utajonych zakażeń wierzchołkowych od zębów („focal infection" autorów amerykańskich), zakażeń wykrywanych przy pomocy radiografji; ropotok zębodołowy, próchnica zębowa w jednakowym stopniu mogą być przyczyną Jednocześnie powyższe nie jest jedyną przyczyną, gdyż zarazki mogą dotrzeć drogą krwiobiegu bądź ogólnego bądź miejscowego; od zębów za pośrednictwem vena facialis, vena ophtalmica i stamtąd, ponieważ vena optalmica nie posiada zastawek, odwrotny prąd krwi może dotrzeć do tęczówki *(Fromaget).*

Współczulne zapalenie jagodówki.

Pozostaje do zbadania patogeneza pourazowych zapaleń tęczówki, spotykanych w pewnych przypadkach współczulnego zapalenia jagodówki. Patogeneza współczulnego zapalenia jagodówki dotychczas nie jest wyjaśniona. Czy jest to zakażenie wewnątrzpochodne, w którem zarazki drogą krwiobiegu dostały się z oka współczującego do oka współczulnego? Czy też jest to zakażenie zewnątrzpochodne, w którem zarazki bezpośrednio przeszły od oka dotkniętego urazem do oka niezranionego?

Autorzy przypominają spostrzeżenia histopatologiczne *Hirschberga, Axenfelda;* przedewszystkiem *Petersa,* spostrzeżenia odznaczające się skłonnością do utożsamienia współczulnego zapalenia jagodówki z zapaleniem jagodówki gruźliczem. *Dietrich Bierhaus* przyjmował, że nieznany zarazek, wywołujący zapalenie współczulne, jet niezmiernie blizki pałeczce gruźliczej — przypuszczenie mogące być przyjęte dla postaci zapalenia późnego postaci cyklitycznych, nie może się ono jednak ostać dla postaci zapalenia o przebiegu gwałtownym, w których zapalenie powstało w kilka tygodni po urazie.

Zapalenie tęczówki powstałe z przyczyn nerwowych.

Iritis pochodzenia półpaśćcowego może również być powodem niesłończonej dyskusji, ponieważ jest tu zawarte zagadnienie całej „troficzności".

W półpaścu ocznym mamy zewnętrzny dowód schorzeń tkanki skórnej. Możemy przypuszczać, że w poszczególnych przypadkach, tkanki nerwowe prawdopodobnie i sympatyczna są źródłem tego rodzaju uszkodzeń, nie przypisujemy więcej włóknom troficznym wydatniejszej roli, chętniej myślimy, że mamy tu do czynienia z zaburzeniem naczynioruchowem, mającem wpływ na odżywianie i tłumaczące nam zaburzenia tęczówkowe.

Reasumując poruszoną powyżej sprawę patogenezy zapalenia tęczówki, musimy zaznaczyć, że dość często napotykamy na tak znikomą ilość towarzyszących zapaleniu objawów, że na podstawie tych objawów nie potrafimy wnioskować nic pewnego odnośnie etjologji, czy też patogenezy.

Gdy podczas kiły, rzeżączki, lub innego wyraźnego ogólnego zakażenia, pojawi się zapalenie tęczówki, mechanizm cierpienia wydaje się względnie prostym, natomiast w wypadkach zapaleń tęczówki podostrych, a przedewszystkiem przewlekłych, sprawa wikła się i dla tych przypadków nasza skłonność wyświetlenia sprawy rozdwaja się w kierunku gruźlicy i kiły.

Najczęściej jest b. trudno znaleźć przyczynę, w wypadkach takich nie należy jednak uważać za wszelką cenę gruźlicę lub kiłę jako przyczynę właściwą. Tkanka tęczówki predysponowana, uczulona, allergiczna może podlegać najrozmaitszym bodźcom złożonym bakteryjnym, zakaźnym i innym, o których wspomniano wyżej.

S. Topolski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Ankieta w sprawie wartości badania per rectum w czasie porodu. (Enquête sur la valeur du toucher rectal an cours de l,accouchement). S c i c l o u n o f f T h.

Revue franç. Gynéc. Obstétr. T. 30, Nr. 1, 1935.

Sprawa wartości badania przez odbytnicę w czasie porodu jest zagadnieniem dużego, praktycznego znaczenia. Wprowadzenie tego sposobu badania zdawało się ostatecznie wyłączać niebezpieczeństwo zakażenia, a ponadto uwalniało prowadzących poród lekarza i akuszerkę od wszelkich zarzutów ze strony chorej czy jej otoczenia.

Z drugiej jednak strony niedokładność wyników badania, co zmuszało do jednoczesnego stosowania badania przez pochwę, zarzuty natury estetycznej oraz niezupełna nieszkodliwość badania, wszystko to wzbudzało wątpliwości, co do istotnej wartości tego sposobu badania położniczego, to też słuszne się wydaje stanowisko autora, który pragnął dojść do ściślejszych wiadomości drogą ankiety rozesłanej do szeregu kierowników klinik i oddziałów szpitalnych (między innemi do kierownika Kliniki Ginekologiczno-Położniczej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego, prof. dr. *A. Czyżewicza).*

Na zasadzie powyższej ankiety autor dochodzi do szeregu wniosków.

1) Wyłącznie badanie per rectum, jako jedyne badanie położnicze stosowane jest zaledwie przez 8% położników i to tylko w niemieckiej Szwajcarji.

2) Przez znaczną większość położników (72%) badanie przez odbytnicę uważane jest za niewystarczające dla wszystkich przypadków prawidłowych i nieprawidłowych; 21% położników uważa, że badanie per rectum wystarcza dla przypadków prawidłowych, ale dla przypadków nieprawidłowych ono nie wystarcza.

3) 73% położników uważa, że umiejętność badania przez pochwę jest dla położnych (akuszerek) niezbędna dla wyszkolenia.

4) Większość kierowników klinik pozwala studentom badać wewnętrznie przez pochwę.

5) Większość położników (72%) uważa badanie per vaginam za nieszkodliwe, jeśli wykonane jest według ścisłych zasad aseptyki.

Na zakończenie autor przedstawia poglądy własne i szkoły genewskiej prof. *Koeniga.*

Na czele wszystkich sposobów badania powinno znajdować się badanie zewnętrzne, które odpowiednio rozwinięte wystarcza w 85% (według *Henkla)* przypadków. Jeśli zaś w 15% przypadków zmuszeni będziemy do badania wewnętrznego, to będzie ono odbywało się przez p o c h w ę, a nie przez kiszkę stolcową, a to z następujących względów:

1) Aby uzyskać dokładne wiadomości muszą nawet stronnicy badania per rectum uciekać się do badania przez pochwę.

2) Badanie przez odbytnicę jest technicznie trudniejsze niż badanie przez pochwę, wobec czego uczenie tego sposobu badania studentów wydaje się nie wskazane, skoro zazwyczaj ledwo wystarcza czasu, aby nauczyć ich badania per vaginam.

3) Badanie per rectum jest nieprzyjemne ze względów estetycznych dla rodzącej i lekarza.

Ponadto możliwe jest wniesienie zakażenia z tylnej ściany pochwy, którą zbliżamy palcem ku ujściu macicy i do części przodującej.

4) Omawiany sposób badania może wpływać niepedagogicznie na lekarza, a zwłaszcza na położną; odzwyczaja on bowiem od prawidłowej aseptyki, od odpowiedniego mycia rąk, które powinno być niejako odruchem u położnika i położnej.

Leczenie farmakologiczne krwawień z narządu rodnego kobiety poza ciążą i nowotworami, (IV doniesienie z IV Zjazdu Ginekologów Francuskich w Salies-de-Béarn., czerwiec 1935). (Traitement medical des hemorragies génitales de la femme, en dehors de la grossesse et des tumeurs, (4-e rapport du IV Congrés-Béarn 1935). T u r p a u l t.

Congrés français de Gynécologie a Salies-de- Béarn ,1935.

Leczenie nieoperacyjne, zachowawcze krwawień z narządu rodnego kobiety podzielić można na 4 działy:

1) leczenie ogólne,
2) środki przeciwkrwotoczne,
3) normalne i gruczołowe,
4) metody fizykalne.

ad 1. Leczenie ogólne, często lekceważone, stanowi podstawę powodzenia. Przedewszystkiem zatem zalecić należy spokój i to w postaci leżenia w łóżku w czasie krwawienia; po jego zaś ustaniu jeszcze powstrzymać się powinna chora od wysiłków gwałtownych, ruchów i t. d.

Między innemi pamiętać należy, że zbyt długa i częsta jazda samochodem, wywołująca w pozycji siedzącej częste wstrząsy, sprzyja zastojowi w miednicy małej, a co zatem idzie ułatwia krwawienie z miednicy małej.

Z tej samej przyczyny zwalczać należy zaparcie stolców, używając do tego niedrażniących środków czyszczących. W odżywianiu unikać należy pokarmów ostrych, alkoholu, mocnej kawy, herbaty, regulując zużycie mięsa stosownie do stanu ogólnego i sił chorej. Regulowanie działania narządu moczowego, nawet jeśli brak w nim zmian chorobowych, ma również niewątpliwy wpływ na leczenie krwawień macicznych .

Jasne jest, że w stanach wykrwawienia podtrzymywać należy stan ogólny, podając chorej dostateczną ilość płynów czy to przez usta, czy w kroplówce, względnie we wlewaniach dożylnych.

ad 2. Środki hemostatyczne z kolei dzielą się na 3 podgrupy:

a) Środki podnoszące krzepliwość. Do nich należy w pierwszym rzędzie s u r o w i c a z w i e r z ę c a, przyczem w braku surowicy konia lub byka używać można jakąkolwiek surowicę leczniczą, jak naprzykład przeciwbłoniczą, przeciwtężcową i t. d.

Stosować ją można miejscowo, bądź doustnie czy do odbytnicy, względnie w ciężkich przypadkach domięśniowo, ale w tym ostatnim przypadku liczyć się należy z prawdopodobieństwem wystąpienia choroby posurowiczej. Do omawianego rodzaju leków należy c o a g u l e n, przetwór krwi, zawierający czynniki wzmagające krzepnienie, zwłaszcza płytki krwi; doustnie stosuje się 2½% rozczyn coagulenu w ilości 100 — 200 cm^3 dziennie, lub w injekcji domięśniowej 5—10 cm^3.

C h l o r e k w a p n i a nie spełnił pokładanych w nim nadziei; temniemniej jest wartościowym lekiem wzmagającym krzepliwość krwi. Stosować go można bądź dożylnie, bądź per os w ilości 4 gramów dziennie.

C a l c i u m l a c t i c u m ma ponadto zaletę podnoszenia napięcia roślinnego układu nerwowego. Stosuje się go po 8 — 9 proszków dziennie po 1 gr. każdy.

(Autor nie wspomina o bardzo cennej postaci wapnia, a mianowicie o *calcium .gluconatum,* nadającem się do injekcji domięśniowej — przyp. refer).

C y t r y n i a n s o d u można stosować w injekcji dożylnej lub domięśniowej w składzie następującym:

Natr. citrici	*30.0*
Magnesii chlorati	*10.0*
Aq. destilata	*100.0*
Sol. recente parata.	

Leku tego wstrzykuje się zazwyczaj około 20 cm^3.

Ż e l a t y n a, której zarzucają niebezpieczeństwo zakażenia (tężec) stosuje się w mieszance:

Gelatinae albae	*50.0*
Natri chlorati	*8.0*
Aq. destil.	*1000.0*

Naogół jednak zalety żelatyny wydają się nieco przesadzone; *Gley* udowodnił, że dokładnie oczyszczona, a przez to odwapniona żelatyna nie

wykazuje zupełnie przypisywanych jej własności podnoszenia krzepliwości krwi.

Z innych środków wspomnieć należy o *ferrum sesquichloratum*, ostatnio prawie całkowicie zarzuconem, dalej o *antipyrinie*, która w roztworze 1 : 5 może być stosowana do wewnątrzmacicznej temponady, oraz o *wodzie utlenionej*, która stosowana miejscowo, np. przy krwawieniach z błony dziewiczej oddaje niezaprzeczalne usługi.

b) Środki zwężające naczynia. Na czele tej grupy stoją przetwory sporyszu, ostatnio najchętniej stosowane przetwory stałe, jak gynergen, secacornin i t. d.

Drugim z kolei bardzo wysoko cenionym środkiem jest hydrastis canadensis, używany najczęściej w postaci wyciągu wodnego. Wyciąg jednak zawiera ponadto t. zw. berberinę, która wywiera działanie wprost przeciwne, dlatego też działanie omawianego przetworu bywa niestałe.

Z tej też przyczyny niektórzy autorzy stosują alkaloid wydobyty z hydrastis t. zw. hydrastinę.

Dawka hydrastis wynosi 0,5 do 3,0 wyciągu wodnego na dobę, dawka hydrastiny 12 — 20 miligr. pro die. Jeśli żołądek chorej nie znosi tego leku — podać go można przez odbytnicę w lawatywce w rozczynie wodnym.

Hammamelis virginica używa się, jak hydrastis canadensis, z którym go jednak łączyć nie wolno, gdyż alkaloid hydrastis tworzy osad z tanniną zawartą w hammamelis.

Przetwory naparstnicy (digitalis) wywierają również działanie hemostatyczne tak przez skurcz mięśni macicy, jak przez poprawę krążenia obwodowego. Lek ten może być szczególnie cenny w przypadkach krwawień u kobiet starszych, jak również krwawień związanych z mięśniakami.

Gossypium herbaceum w dawce 0.05 cztery razy dziennie działa podobnie jak sporysz, choć słabiej, ale nie drażni przewodu pokarmowego.

Capsella bursae pastoris tonizuje ośrodki naczynio-ruchowe i w dawce 30 gr. dziennie wyciągu płynnego daje dobre usługi w leczeniu krwawień u kobiet z mięśniakami.

Pozatem polecają w tej grupie leków chininę, lecytynę, a miejscowo ałun, taninę, rathanię w rozczynach 5%, oraz lapis 5% i chlorek cynku 10%.

c) Środki rozszerzające naczynia mogą znaleźć zastosowanie, uzasadnione zmniejszeniem ciśnienia w rozszerzonym naczyniu, co ułatwia opanowanie krwawienia. Do tego rodzaju środków zaliczyć należy w pierwszym rzędzie opium i morfinę, a także styptycynę. (Cotarninum chlorhydr.), która w dawce 0.2 dziennie daje dobre wyniki u osób z miażdżycą tetnic. Cannabis indica o działaniu podobnem do opium jest przetworem niestałym i przeto nie bardzo godnym zalecenia.

Z innych leków pamiętać należy o obniżającem ciśnienie działaniu *emetini chlorhydr.* w dawce 0.06 dziennie.

Viburnum prunifolium nietylko przeciwdziała krwawieniu, ale też uspakaja i dlatego chętnie jest stosowane razem z hamamelis, bądź z hydrastis w dawce 0.5 — 3.0 dziennie. Również dla uspokojenia stosuje się kalium bromatum w dawce 1 — 8 gr. dziennie.

ad 3) Organopreparaty i leki hormonalne zajmują coraz wybitniejsze stanowisko w leczeniu krwawień macicznych. Zbyteczne byłoby powtarzanie znanych powszechnie wiadomości, jako to o stosowaniu luteiny, względnie luteinizującego hormonu przedniego płata przysadki mózgowej. Natomiast wspomnieć należy o znakomitym niekiedy działaniu folliculiny (oestriny) oraz całkowitych wyciągów jajnikowych w leczeniu krwawień macicznych. Przelewanie krwi ciężarnych, oraz podawanie moczu ciężarnych jest również dostatecznie znane.

Z innych gruczołów dokrewnych związanych hormonalnie z gruczołami płciowemi wysuwa się na czoło tarczyca.

Jej wyciągi probowano podawać w krwawieniach, ale szczególnie godne uwagi jest podawanie diiodothyrosiny, przetworu wydobytego z tarczycy, który jednak wydaje się działać antagonistycznie do działania tarczycy. Autor stwierdził w osobistem doświadczeniu, że w krwawieniach związanych z nadczynnością choćby lekką tarczycy diiodothyrosina daje dobre wyniki. Podawać ją należy na 10 — 15 dni przed miesiączką po 2 proszki á 0.1.

Krew zwierząt pozbawionych tarczycy działa hamująco na tę ostatnią oraz podnosi krzepliwość krwi.

Wyciągi przytarczyczek mają działanie zbliżone do ostatnio wspomnianego przetworu.

Wyciągi gruczołów mlecznych dają zachęcające wyniki.

Insulina w dawce 20 jedn. 2 razy dziennie w czasie krwawień, i zapobiegawczo 20 jedn. 2 razy na tydzień daje dobre wyniki, zwłaszcza w krwawieniach okresu pokwitania.

Wyciągi jąder i przetwory spermy godne są polecenia, zwłaszcza u kobiet, które z obawy przed ciążą stosują coitus interruptus. Podawać należy podskórnie 0.2 suchego wyciągu co drugi dzień przez 15 dni, poprzedzających perjod.

Niekiedy dobrze działają przetwory grasicy, wyciągi wątroby i śledziony wzmacniają ponadto chore, wywierając jednocześnie wpływ przeciwkrwotoczny.

Znacznie silniej, ale podobnie działa przetaczanie krwi, lub injekcje krwi domięśniowo.

ad 4) Metody fizyczne.

Z metod fizycznych wspomnieć należy o tamponadzie macicy i pochwy oraz o zamknięciu kleszczykami szyjki macicy. Dzięki temu ostatniemu zabiegowi, do którego użyć można kleszczyków Museux, wytwarza się w jamie macicy skrzep, co działa hemostatycznie.

Wspomniano wyżej o chemicznych przyżeganiach wnętrza jamy macicy, ponadto użyć można do tego termo-, galvano kauteru oraz diatermokoagulacji.

Niektórzy polecają leczenie odruchowe, jak np. przypalanie śluzówki nosa, zimne kąpiele nożne, gorące kąpiele ręczne.

a) Specjalną uwagę poświęcić należy wodolecznictwu, często niedocenianemu w leczeniu krwawień macicznych.

Gorące irrygacje (około 50° C. ciepła) wywołują skurcz mięśni macicy i przez to działają hemostatycznie, nie powinny one jednak być ani za długotrwałe, ani pod zbyt silnem ciśnieniem, aby nadmiernem drażnieniem macicy nie wywołać reakcji odwrotnej, a mianowicie jej rozkurczu.

Silniej jeszcze od poprzednio omówionej działa irrygacja zimną wodą, ale wywołać ona może objawy bólowe. Obydwu rodzajów irrygacji unikać należy u chorych, u których mamy podstawy do obawy przed gwałtowną reakcją ogólną, a więc w przypadkach miażdżycy tętnic, nadmiernego ciśnienia, objawów neuroartretycznych.

Wreszcie długotrwałe letnie przestrzykiwanie, pod niskiem ciśnieniem działa znakomicie uspakajająco, co ma szczególną wartość u kobiet z zaburzeniami naczynio - ruchowemi w okresie przekwitania. Autor zaleca omawiane irrygacje w kąpieli, w ciągu 20 — 30 min.

Wspomnieć należy wreszcie o gorących przestrzykiwaniach odbytniczych, które niektórzy autorzy przekładają ponad irrygacje pochwowe. Szczególnie ważny jest ten sposób leczenia w krwawieniach u dziewic.

Nasiadówki, a zwłaszcza nasiadówki w wodzie bieżącej, mogą mieć działanie uspakajające, natomiast całkowite kąpiele rzadko tylko mogą wchodzić w grę.

Natryski ogólne mogą mieć często zastosowanie w leczeniu kobiet krwawiących.

Natrysk letni działa rozszerzająco na skurcze naczyniowe, natryski zimne, a zwłaszcza szkockie przeciwnie pobudzają do skurczu macicę i działają znakomicie u dziewic o konstytucji t. zw. limfatycznej.

Przechodząc skolei do natrysków częściowych podkreślić należy, że natrysk klatki piersiowej zmusza do głębokich wdechów i sprzyja zmniejszeniu przekrwienia w obrębie miednicy małej.

Natrysk lędźwi bardzo gorący zalecany w leczeniu krwawień przez *Bottey'a* daje niekiedy znakomite wyniki. Podobnie działa natrysk zimny podbrzusza, oraz natrysk nóg i szczególnie podeszew (nie dłużej jak 30 — 60 sekund). O moczeniu rąk w gorącej wodzie wspomniano wyżej.

b) Leczenie uzdrowiskowe i klimatyczne.

Picie wód wywrzeć może znakomite działanie lecznicze na krwawienie maciczne, na drodze poprawy stanu ogólnego i ten wzgląd decydować musi o wyborze wód, odpowiednich czy to dla dziewcząt o konstytucji limfatycznej, czy dla kobiet o zastoju w miednicy małej z tych czy innych względów.

Z podobnych względów zalecać należy kąpiele błotne, pobyt nad morzem czy w górach oraz kąpiele kwasowęglowe.

c) Masaż może mieć niewątpliwie wielkie znaczenie w leczeniu krwawień.

d) Podobnie jak i gimnastyka ułatwiająca krążenie i przeciwdziałająca zastojowi w miednicy małej.

Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Podział dermatoz zawodowych. (Sur la dénomination des Dermatoses Profesionelles). R. B e r n a r d.

Bruxelles — Médic. Nr. 52. T. XV.

Podział głównych dermatoz zawodowych na 1. zapalenia skóry (Dermites), 2. wypryski (Eczémas), 3. dermatozy z zatrucia (Toxidermies) jest wygodny ze względu na ich obraz kliniczny i na zagadnienia prawno-lekarskie.

1. Zapalenia skóry są to zmiany mniej więcej ograniczone, bez skłonności do rozszerzania się, powstające w obrębie tej strefy skóry, w której z zewnątrz działa czynnik szkodliwy. Działanie czynnika szkodliwego zwykle krótkotrwałe lecz bardzo silne, jest główną przyczyną schorzenia. Badanie podłoża zwykle żadnych zmian chorobowych nie wykazuje. Próby skórne są zwykle dodatnie, wyzdrowienie bywa szybkie po usunięciu czynnika szkodliwego, nawroty wykazują zawsze ten sam typ kliniczny, a schorzenia tego typu dotyczą dużych grup osobników, zatrudnionych w tej samej gałęzi przemysłu.

2. Wypryski bywają ograniczone lub rozległe ze skłonnością do szerzenia się nawet w miejscach, do których czynnik szkodliwy nie dociera. Działanie czynnika szkodliwego jest zarówno endo- jak i exogenne, wpływ ten nie bywa zbyt silnie wyrażony, jednak długotrwały a skóra znajduje się w stanie szczególnej alergji. Badanie podłoża wykazuje zaburzenie równowagi ze skłonnością do alkalozy i często hypercholesterynemję. Próby skórne są niestałe i zależne od sposobu ich wykonywania. Przebieg schorzenia jest powolny i długotrwały nawet po usunięciu czynnika szkodliwego, nawroty występują jako odmienny typ kliniczny. Schorzenie pojawia się podstępnie, powoli i dotyczy jednostek lub bardzo małego odsetka osobników, pracujących w jednej i tej samej gałęzi przemysłu.

3. Toksydermje — są prawie zawsze bardzo rozległe ze skłonnością do rozszerzania się, niezależnie od zetknięcia z czynnikiem szkodliwym, który jest zawsze endogennym. Stan alergiczny bywa nabyty. Zaburzenia równowagi podłoża istnieją, lecz zarówno w kierunku zakwaszenia ustroju jak i alkalozy .Próby skórne ujemne są bez znaczenia.Schorzenie ustępuje powoli po usunięciu czynnika szkodliwego, a nawroty mogą przedstawiać różne typy kliniczne. Schorzenie dotyczy zwykle jednego osobnika w pewnej gałęzi przemysłu, początek schorzenia bywa nagły.

Zpunktu widzenia prawno-lekarskiego na ochronę zasługują głównie „zapalenia" (Dermites), jako zależne w największym stopniu od czynnika szkodliwego.

Badania doświadczalne nad skutecznością arsenobenzolów. (Activité thérapeutique expérimentale de divers arsénobenzènes). A. D u b o i s, G. N o e l.

Bruxelles — Médic. T. XVI. Nr. 1.

W swej niedawno ogłoszonej pracy twierdzi *Rothermundt* (D. Med. Woch. 61, 1935), że większość arsenobenzoli używanych w lecznictwie nie odpowiada, już to przez swoją zbytnią toksyczność, jużto przez małą skuteczność, swemu pier-

wowzorowi standaryzowanemu, jakim jest neosalwarsan.

Autorzy wykonali badania sposobem niemieckim, używając myszy zakażonych przez trypanosoma brucei. Zbadano skuteczność następujących preparatów: Arsébenzyl, Néosalvarsan i Novarsénobenzol. skuteczność tych leków przeciwko wymienionym świdrowcom jest dostateczna i dla trzech powyższych leków prawie jednakowa, a krytyka Rothermundta jest zdaniem autorów zbyt śmiała.

Badania nad barwikiem w przypadkach wyłysienia. (Étude de la pigmentation dans les aires peladiques). Fr. W o r i n g e r, R. T h é e.

La Presse Médic. 1935, Nr. 85.

Sabouraud, przypisywał zaburzeniom w ułożeniu barwika w przypadkach wyłysienia plackowatego bardzo dużą rolę. Według niego te zaburzenia były podstawą procesu wyłysienia.

Badania autorów dotyczą 13 przypadków wyłysienia w rozmaitym stopniu nasilenia i czasu trwania, w których wykonano badania skrawków, pobranych przeważnie z obwodu miejsc wyłysiałych. Badania te dowiodły, że wbrew zapatrywaniom *Sabouraud'a* brak jest znaczniejszych zaburzeń w ułożeniu barwika. Barwik naskórka pozostaje całkowiecie niezmienionym, a jedynie w mieszkach włosowych udaje się wykazać nieznaczne zaburzenia a mianowicie: zmniejszenie lub całkowity brak melanoblastów i zanik barwika. Tak więc wyłysienie, zdaje się, we wszystkich swoich okresach niema żadnego powinowactwa z naskórkiem, a tylko wyłącznie dotyczy mieszków włosowych. Jest to więc schorzenie, które atakuje tylko mieszki włosowe lub conajmniej najbliższe sąsiadujące z mieszkami okolice skóry — a zaburzenia dotyczące barwika wydają się być jedynie dowodem powinowactwa tego schorzenia do mieszków a nie istotnym procesem chorobowym.

Twardzina skóry i palców leczona za pomocą sympatektomji szyjnej. (Sclérodermie avec sclérodactylie traiteé par la sympathectomie cervicale). P l e t n e f f i T. P l o t k i n.

U 46-letniej kobiety, przed 11 laty, po schorzeniu nie dającem się bliżej określić stopniowo wystąpiły objawy twardziny skóry. Schorzenie objęło obydwie kończyny górne, twarz i górną część klatki piersiowej — i doprowadziło do zaników i stwardnienia mięśni obu kończyn górnych i twarzy. Ponieważ schorzenie to uznano za trofoneurozę, w której układ sympatyczny odgrywa najważniejszą rolę, wykonano sympatektomję szyjną: złuszczenie łańcucha sympatycznego szyjnego sposobem Leriche'a po stronie prawej, wycięcie splotów sympatycznych, okołotęczniczych obustronnie. Po stronie prawej wynik leczniczy był znacznie lepszy, ruchy w stawach paliczkowych poprawiły się znacznie a w pozostałych stawach prawej kończyny były normalne. Po lewej stronie poza nieznacznem podniesieniem ciepłoty skóry poprawy nie było. Jak widać, podwiązanie tętnicy tarczycowej dolnej (parathyroidectomia fizjologiczna Leriche'a) wywiera znaczny wpływ korzystny na twardzinę.

Jastrzębska.

CHOROBY NERWOWE.

Zmiany anatomiczne w porażeniach błonicowych. (Les lésions anatomiques des paralysies diphtériques). D é b r é, L h e r m i t t e, U h r y.

Revue Neurologique. T. I. Nr. 2, 1934.

Badania anatomo - patologiczne przypadków ludzkich i doświadczalnych nie wykazało innych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym oprócz zmian agonalnych i wtórnych. Natomiast w nerwach obwodowych i mięśniach porażonych królików są wyraźne zmiany zwyrodnieniowe, które występują w nerwach od 6-ego, a w mięśniach od 16 dnia. Układ nerwowo-mięśniowy serca jest niezmieniony.

Przyczynek do nauki o zapaleniu pajęczynówki rdzeniowej. (Contribution à l'étude de l'arachnoidite spinale). G. M a r i n e s c o, S t. D r a g a n e s c o et T. H o r n e t.

Revue Neurologique. T. I, Nr. 3. 1934.

Zapalenie może obejmować pajęczynówkę mózgu, bądź rdzenia kręgowego. Zapalenie pajęczynówki rdzenia ogranicza się kilkoma odcinkami rdzenia lub ma charakter rozlany. Klinicznie sprawa przejawia się objawami zamknięcia przestrzeni podpajęczynówkowej i rdzeniowo-korzonkowemi.

Chora z gruźlica płuc i prawdopodobnie z kiłą miała porażenie kończyn dolnych, które rozwijało się powoli i pomimo leczenia swoistego stale nasilało się aż do śmierci w ciągu lat dziewięciu. Przykurcz mięśni wyprostnych i bóle. Czucie cieplne najsilniej zaatakowane. Próba lipiodolowa wykryła sprawę uciskową rdzenia, na operacji stwierdzono zapalenie pajęczynówki. Sekcja i badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie przyżyciowe (leptomeningitis hyperplastica). Równocześnie stwierdzono zwyrodnienie istoty białej rdzenia, zmiany w komórkach korzonkowych, nacieki i rozrost tkanki łącznej w rdzeniu i w oponach. Autor nazywa sprawę arachnitis primitiva cryptogenetica. W etjologji ma tu odgrywać rolę ultra virus.

Badanie kliniczne, kinematograficzne i anatomopatologiczne przypadku kurczu skręcającego pośpiączkowego. (Etude clinique, cinématografique et anatomo-patologique d' un grand spasme de torsion postencéphalitique). G. G u i l l a i n, P. M o l l a b e t et I. B e r t r a n d.

Revue Neurologique. T. I, Nr. 3. 1934.

Badania histologiczne przypadku kurczu skręcającego wykazują, że zmiany są wyłącznie zwyrodniające, abiotroficzne. Dotyczą przeważnie wielkich komórek prążkowia. Rozlane zmiany kory mózgowej w obrębie warstwy III-ej. Zajęte jest również miejsce czarne i układ oliwowy. Słaby stan włóknisty łupiny i stasusdysmyelinisatus kuli bladej zależą od zniszczenia komórek zwojowych.

Ostra psychoza Korsakowa u alkoholików. L. M a r h a n d et A. C o u r t o i s.

Rev. Neurol. T. II, Nr. 4, 1934.

Alkoholiczki częściej (10%) zapadają na psychozę Korsakowa niż mężczyźni. Psycho-

za występuje przeważnie w wieku średnim. W połowie przypadków przebieg bywa ostry. Psychoza zaczyna się od zaburzeń wegetatywnych, bólów neuralgicznych, ogólnego i moralnego przytępienia. Zawsze stwierdzono objawy zapalenia wielonerwowego, często objawy uszkodzenia miąższu wątrobowego. Psychoza przebiega śmiertelnie w ciągu kilku tygodni: splątanie, podniecenie lękowe i bredzenie. Urojenia prześladowcze, wielkościowe cechują się niestałością. Dopiero w rozwoju późniejszym występuje właściwy zespół Korsakowa. Zejście śmiertelne przy objawach wstępującego porażenia (porażenie przepony i objawy opuszkowe).

Mózg jest przekrwiony, naczyniówka zgrubiała, zwłaszcza na sklepistości. Bladożółte zabarwienie wątroby. Mikroskopowo zwłóknienie opon miękkich, tu i owdzie niewielkie wybroczyny. Zwyrodnienie ziarniste średnich i małych komórek piramidowych kory, wielkie komórki - zwłaszcza strefy ruchowej są zbrzęknięte, prawie nie widoczne wypustki. Jądro leży ekscentrycznie, jest zanikłe. Tygroid znika. Włókienka nerwowe są widoczne tylko w wypustkach. Prawie niespotyka się rozpadających się komórek. W głębokich warstwach kory satelity są pomnożone. Przerost makrogleju, zwłaszcza w warstwie drobinowej i istocie rdzennej. Pojedyńcze grudki glejowe, Rozszerzenie naczyń. Bujanie komórek przydanki, nacieki limfocytowe około naczyń. Pojedyńcze makrofagi. Przewlekłe zmiany komórek w opuszce. Zwyrodnienie barwikowe komórek oliw. Pierwotne podrażnienie komórek przednich rogów. W 2 przypadkach zwyrodnienie pęczków Golla, w jednym — w polu Flechsiga tylnych sznurów. W nerwach obwodowych i korzonkach rdzeniowych brak wyraźnych oznak rozpadu myeliny.

W wątrobie tłuszczowe zwyrodnienie, przerost tkanki łącznej. W nerkach bujanie tkanki łącznej naokoło kłębików i kanalików.

Dr. Messing Zygmunt.

K R O N I K A

WYCIECZKA LEKARSKA DO MAROKKA ORGANIZOWANA PRZEZ BRUXELLES MEDICAL.

W okresie świąt Wielkanocnych odbędzie się wycieczka do Marokka. Wycieczka ta zorganizowana zostanie przez Bruxelles Medical dla lekarzy; dla ich rodzin i osób przez lekarzy wprowadzonych. Z programu wycieczki podnieść należy, że oprócz zwykłych miejsc zwiedzone zostaną świeżo skolonizowane okolice Riffu, Wielkiego Atlasu i Soussu.. Trasa wycieczki obejmie Tanger, Tétouan, Ouezzan, Riff, Fèz, Moulay-Idriss, Volubilis, Rabat, Marrakech, następnie przez Wielki Atlas poprzez przełęcz Tizni-Test, dalej Taroudant (stolica Soussu), Agadir, Mogador, Safi, Mazagan, Azemmour, Casablanca. Wyjazd z Marsylji 4 kwietnia, powrót tamże 21 kwietnia. Cena: 3885 fr. fr.

Zapytania i zgłoszenia kierować należy do „Section des Voyages de „BRUXELLES-MEDICAL“, 29, Boulevard Adolphe Max“, Bruxelles.

V. KURS ODMY SZTUCZNEJ.

W okresie od dnia 5 marca do dnia 2 kwietnia 1936 r. odbędzie się 4-ro tygodniowy Kurs odmy sztucznej dla lekarzy, zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego U. J. P.

Program Kursu uwzględni przedewszystkiem studja praktyczne jak również obejmie 32-godziny wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki z gruźlicą. — Każdy ze słuchaczów odbędzie praktykę w zakresie gruźlicv wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorjum, oraz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych, oraz z techniką zakładania odmy.

Podania na Kurs należy nadsyłać do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie, ul. Karowa 31 (gmach Towarzystwa Higjenicznego) najpóźniej do dnia *25-go lutego 1936 r.* Do podania należy dołączyć: 1) życiorys, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu.

Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie stypendjum w wysokości do 200 zł.

Pierwszeństwo w przyjęciu na kurs oraz w uzyskaniu stypendjum będą mieli lekarze już zatrudnieni w społecznej akcji przeciwgruźliczej.

KIEDY WIETRZYĆ MIESZKANIA.

Wietrzenie mieszkań przez otwieranie okien ma na celu zastąpienie powietrza „zużytego” przez świeże powietrze napływające z zewnątrz. Aby wietrzenie było celowem, powietrze wprowadzone powinno być możliwie czyste, to jest wolne od szkodliwych składników.

Powietrze miejskie, szczególnie w wielkich miastach o zwartym systemie zabudowania, nigdy temu nie odpowiada. Do zanieczyszczenia przyczyniają się przedewszystkiem gazy spalinowe uchodzące z kominów fabryk i domów mieszkalnych. Miarą stopnia zanieczyszczenia powietrza gazami spalinowemi jest m. in. zawartość w nim sadzy i dwutlenku siarki, powstającego przy spalaniu węgla kamiennego.

W Berlinie w różnych dzielnicach miasta i o różnych porach dnia przeprowadzono badania nad ilością sadzy zawieszonej w powietrzu. Jak się okazało zawartość ta zmienia się bardzo znacznie wciągu dnia. Do godziny 5-ej rano jest stosunkowo niewielka, potem wzrasta gwałtownie osiągając maksimum około godziny 8-ej. W godzinach popołudniowych ilość sadzy zmniejsza się, osiągając minimum około godziny 4-ej. W dnie świąteczne, gdy nieczynne są piece i kotłownie fabryczne, zawartość sadzy w powietrzu jest mniejsza. Wysoką zawartość sadzy w godzinach rannych (8 rano) należy sobie tłomaczyć tem, że o tej porze pali się w piecach domów mieszkalnych. Potwierdzenie tych prób stanowią wyniki otrzymane na podstawie analizy powietrza w Budapeszcie. Ozna-

czono tam również zawartość dwutlenku siarki, przyczem, podobnie jak w Berlinie, była ona najwyższa w godzinach rannych.

Ciekawe te obserwacje wykazują, że powietrze w mieście najczystsze jest nie w godzinach rannych, lecz właśnie popołudniu, i o tej porze należałoby właściwie otwierać okna w celu przewietrzenia mieszkania.

ZWIĄZEK PRZECIWWENERYCZNY W POLSCE I POLSKIE TOW. EUGENICZNE.

Program kursu „o syfilisie" dla lekarzy.

Od 17 lutego do 1 marca 1936 roku.

Poniedziałek, 17.II. 36 r. Dyr. H Szczodrowski od godz. 11 do 12 — Walka społeczna z przymiotem. Doc. Dr. St. Kapuściński, od godz. 12 do 13 — Patologja przymiotu.

Wtorek, 18.II. 36 r. Dr. Jerzy Zalewski od godz. 12 do 14 — Bakterjologja i serologja przymiotu.

Środa, 19.II. 36 r. Dr. med. prosektor Siedlecki od godz. 12 do 13 — Anatomja patologiczna przymiotu.

Czwartek, 20.II. 36 r. Dr. med. W. Kwazebart od godz. 12 do 14 — przymiot 1-o i 2-o rzędowy.

Piątek, 21.II. 36 r. Dr. med. Witold Borkowski od godz. 12 do 13 — Przymiot trzeciorzędowy. Dr. med. E. Bruner od godz. 13 do 14 — Przymiot kostny.

Sobota, 22.II. 36 r. Dr. med. B. Michałowski od godz. 12 do 14 — Przymiot wrodzony.

Poniedziałek, 24.II. 36 r. Prof. M. Semerau-Siemianowski od godz. 11 do 12 — Przymiot narządów wewnętrznych. Prof. St. Władyczko od godz. 12 do 13 — Przymiot układu nerwowego. Adjunkt Ryszard Dreszer od godz. 13 do 14 — Choroby psychiczne na tle przymiotu.

Wtorek, 25.II 36 r. Prof. W. Melanowski od godz. 12 do 13 — Zmiany wzroku w przymiocie. Dr. J. Rogoziński od godz. 13 do 14 — Zmiany słuchu w przymiocie.

Środa, 26.II. 36 r. Dr. med. Lilpop od godz. 12 do 13 — Przymiot dróg moczowych.

Czwartek, 27.II. 36 r. Dr. med. L. Wernic od godz. 12 do 14 — Leczenie przymiotu.

Piątek, 28.II. 36 r. Doc. Dr. St. Kapuściński od godz. 12 do 14 — Powikłanie w leczeniu przymiotu.

Sobota, 29.II. 36 r. Dr. med. L Wernic od godz. 12 do 13 — Małżeństwo a przymiot. Dr. Wiktor Borkowski od godz. 13 do 14 — Państwowa walka z przymiotem.

Kierownictwo Kursu zastrzega sobie prawo zmiany programu.

Informacji udziela i przyjmuje zapisy Sekretarjat Tow. Eugenicznego i Zwiazku Przeciwwenerycznego, Nowy Świat 1 od godz. 10 do 15.

Kurs bezpłatny — wpisowe 10 zł.

MIEDZYNARODOWA WYCIECZKA LEKARZY Z WIEDNIA NA KONGRES PATOLOGÓW W ATENACH.

Uczestnicy zobaczą zakłady lecznicze we Wiedniu i okolicy (Baden i.t.d.), a następnie (4/IV. 1936) Wenecję, Tryest, pojadą okrętem z Fiumy do Split (Spalato), Kotar (Cotarro), Korfu, Pireus. W powrocie do Wiednia zwiedzą Soluń (Saloniki), Belgrad, Budapeszt.

Osoby (z wszystkich krajów), które pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: „Studien — und Gesellschaftsreisen" Wien (Wiedeń), I. Biberstrasse 11. I/6 (prymarjusz Dr. Fr. Barach).

*

* *

Akademickie Koło Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie powołane do życia z inicjatywy Koła Medyków w maju b. r. rozwija się w szybkim tempie; obecnie liczy już około 200 członków ze wszystkich akademickich uczelni Stolicy. Nie jest ono organizacją samodzielną, lecz jedną z komórek P. C. K., cechuje ją jednak odrębny charakter zarówno ustroju jak i działalności, wynikający ze specjalnego środowiska macierzystego członków Koła.

W działalności swej młodzież zgrupowana w Kole postanowiła położyć specjalny nacisk na pracę w czasie pokoju, zmierzającą do podniesienia zdrowotności w społeczeństwie, ze szczególnem uwzględnieniem środowiska akademickiego i robotniczo-włościańskiego.

Realizacyjną pracę Koła prowadzą poszczególne Sekcje, z których najważniejszą jest Sekcja Sanitarno-Społeczna, rozpadająca się na podsekcje działające na zupełnie konkretnych odcinkach i terenach.

Spośród nich wymienić należy: podsekcję szkół powszechnych i średnich — organizującą kursy z dziedziny higjeny i ratownictwa w nagłych wypadkach na terenie poszczególnych szkół; podsekcję szkół wyższych — organizującą również podobne kursy, lecz postawione na wyższym poziomie i obejmujące wykłady i zajęcia praktyczne przedewszystkiem z dziedziny higjeny i chorób społecznych. W pierwszej z wyżej wymienionych podsekcji wykładają i prowadzą zajęcia studenci starszych lat medycyny, w drugiej zaś lekarze i działacze społeczni spośród starszego społeczeństwa.

Podsekcja ambulatorjów organizuje obecnie bezpłatne ambulatorjum dla najbiedniejszej ludności Warszawy na jednem z przedmieść. Lokal ofiarował Zarząd Miejski, bezpłatną zaś pracę — cały szereg lekarzy warszawskich, o instrumenta i specyfiki zwracamy się do ofiarności publicznej, która, mamy pewność nie zawiedzie naszych nadziei i umożliwi uruchomienie tej tak potrzebnej instytucji.

W dziedzinie zamierzeń należy zanotować tu zorganizowanie lotnego ambulatorjum dla najbiedniejszej ludności okolic Warszawy. W stadjum organizacji znajduje się jeszcze cały szereg innych podsekcji jak robotnicza, opieki nad matką i dzieckiem, wiejska i t. p.

Oprócz tego Sekcja Sanitarno-Społeczna prowadzi przysposobienie sanitarno-społeczne dla członków Koła.

Pozostałe dwie Sekcje mają charakter raczej pomocniczy i wewnetrzny, zajmują sie propagandą haseł, werbowaniem członków dla Koła, organizowaniem życia towarzyskiego i niezmiernie ważną rzeczą — zdobywaniem potrzebnych funduszów.

Akademickie Koło P. C. K. mieści się przy ul. Kruczej 34 m. 1.

INTERESUJĄCY EKSPERYMENT PLANOWEJ GOSPODARKI SIŁĄ ROBOCZĄ.

W czerwcu r. b. niemieckie urzędy pracy zapoczątkowały godny uwagi eksperyment, mający na celu „planową gospodarkę siłą roboczą w niemieckiem gospodarstwie narodowem" — według brzmienia odnośnej ustawy. Eksperymentem tym jest zaprowadzenie książeczek roboczych dla wszelkiego rodzaju pracowników fizycznych i umysłowych. Otrzymać je miało w Niemczech 21 milj. osób.

W książeczkach roboczych będzie dokładnie przedstawiony przebieg zatrudnienia właściciela książeczki za ostatnie 10 lat oraz jego wykształcenie zawodowe, poczem książeczki będą w dalszym ciągu uzupełniane. Każdy pracodawca będzie zobowiązany zapisywać początek i koniec zatrudnienia, opisać dokładnie rodzaj i przebieg pracy, pod kontrolą urzędówpracy. W książeczce będą ewentualnie notowane wyniki badań lekarskich i psychotechnicznych, uzdolnień i przydatności zawodowej oraz wszelkie późniejsze zmiany w zdolności do pracy.

Według wyjaśnień Dr. W. Drägera, zamieszczonych w „Zentralblatt f. Gewerbehygiene u. Unfallverhütung", książeczki robocze będą miały doniosłe znaczenie dla dobrze pojętej ochrony pracy. Nietylko bowiem gospodarstwo narodowe i przemysł, ale i sam pracownik ponoszą olbrzymie straty wskutek przypadkowego wyboru zawodu i miejsca pracy zlekceważeniem zasady: „właściwy człowiek na właściwem miejscu". Człowiek, który pracuje na stanowisku nieodpowiadającem jego właściwościom i uzdolnieniom fizycznym i psychicznym, płaci za to przedwczesną utratą zdrowia i sił.

Trudno go przed tem uchronić, gdyż o zatrudnieniu decyduje zwykle konjunktura i przypadek. Książeczki robocze wprowadzą więc nowy czynnik: planowości użycia sił ludzkich, która połączy interesy ogólno-społeczne, z ochroną indywidualną robotnika.

Książeczki robocze ograniczą w dużym stopniu swobodę wyboru robotnika przez pracodawcę i pracodawcy przez robotnika, ograniczą więc wolny rynek pracy. Spowoduje to niewątpliwie szereg trudności. Istotna wartość systemu powszechnej racjonalnej selekcji zawodowej przy pomocy książeczek roboczych zależeć będzie przedewszystkiem od sposobu, w jaki ten system będzie stosowany w praktyce. W każdym razie jako próba przeciwdziałania marnotrawstwu sił i zdrowia ludzkiego, wskutek niewłaściwego zatrudnienia, eksperyment ten zasługuje na baczną uwagę.

NIEBEZPIECZEŃSTWO RTĘCI W PRZEMYŚLE.

Jedną z najcięższych chorób zawodowych jest zatrucie rtęcią. Choroba ta podlega w Polsce ubezpieczeniu, t. j. każdy robotnik, który utracił zdolność do pracy, wskutek zatrucia rtęcią, otrzymuje rentę z Ubezpieczeń Społecznych. Na uwagę zasługują warunki, w jakich choroba ta powstaje.

Zawodowe zatrucia rtęcią notowano w różnych gałęziach przemysłu. Występują one w fabrykach kapeluszy filcowych, w których używa się rtęci do bajcowania sierści zajęczej, stosowanej do wyrobu filcu; część zatruć powstaje w fabrykach termometrów i barometrów, zawierających rtęć; tak samo przy fabrykacji żarówek elektrycznych, wskutek używania pomp rtęciowych do wytwarzania próżni wewnątrz gruszek szklanych i w fabrykacji amunicji (piorunian rtęci!).

Dawniej dużo wypadków zatrucia rtęcią dostarczały fabryki luster, w których używano rtęci do wytwarzania warstwy źwierciadlanej; obecnie, nowoczesne fabryki luster, używają do tego celu srebra. W końcu ofiarami zatrucia rtęcią padają niekiedy pracownicy instytutów naukowych wskutek stosowania aparatów, które zawierają rtęć, oraz dentyści stosujący plomby amalgamowe, zawierające również rtęć.

Zatrucie rtęcią następuje drogą powietrzną. Rtęć już w normalnej temperaturze ulatnia się i powietrze nasyca się trującemi parami rtęci. Dostają się one do organizmu wraz z powietrzem przez płuca.

Zawodowe zatrucie rtęcią przebiega chronicznie i objawia się ciężkiemi zaburzeniami nerwowemi. Charakterystyczną ich cechą są drgania, które towarzyszą wszelkim ruchom. Mogą się one potęgować do tego stopnia, że uniemożliwiają stanie, chodzenie i wykonywanie jakichkolwiek czynności.

Równocześnie towarzyszą im objawy degeneracji psychicznej i intelektualnej. Zatrucie rtęcią powoduje również uszkodzenie narządów wewnętrznych, zwłaszcza nerek i przewodu pokarmowego.

Objawy zawodowe zatrucia rtęcią narastają powoli, nieraz całemi latami i dlatego duża część wypadków nie zostaje na czas i właściwie rozpoznana. Powinno to skłonić przemysł, posługujący się w produkcji rtęcią, do utworzenia racjonalnej kontroli i ochrony zdrowia robotników, narażonych na to ciężkie zatrucie zawodowe.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.